



**MODULO RICHIESTA PER ESAME
CON MDC NON IONICO PER VIA INIETTIVA
TC- URO-TC-UROGRAFIA
E CONSENSO INFORMATO**

**P03.IO03.CS.RA.
M04**

Rev. 02 del 08-02-2014

pag. 1 di 2

Cognome _____ nome _____ nato/a il _____

Medico curante _____ recapito telefonico _____

Indagine richiesta _____

Quesito clinico _____

Per un corretto inquadramento preliminare clinico-anamnestico è indispensabile che il Medico Richiedente segnali i dati relativi a:

- | | | |
|--|--|----|
| -Anamnesi per Mieloma | SI _____ | NO |
| -Cadiopatie-Nefropatie ed Epatopatie gravi | SI (Specificare _____) | NO |
| -Trattamento attuale con farmaci : beta-bloccanti, biguanidi e interleuchina 2 | SI (se si, non somministrare la terapia il giorno dell'esame). | NO |
| -Assunzione di alcool, droghe) | SI (Specificare _____) | NO |
| -ALLERGIE : da contatto e/o a pollini- ad alimenti- a farmaci | SI (Specificare _____) | NO |
| Precedenti reazioni avverse al mdc | | |

Nel caso di DIATESI ALLERGICA è necessario effettuare il trattamento desensibilizzante da richiedere al nostro servizio con lo schema posologico da seguire e/o la preventiva consultazione con l'anestesista nei casi a rischio.

Nel caso in cui le note clinico-anamnestiche facciano sospettare o confermare la presenza di grave forma di insufficienza epatica o renale o cardio-vascolare o di paraproteinemia di Waldstrom o di mieloma multiplo, per definire il grado delle condizioni patologiche, è opportuno procedere a specifici accertamenti diagnostici ed alla consultazione preventiva con l'anestesista secondo la circ. del M.d.S. del 17.9.1997.

Eseguire i seguenti esami di laboratorio: Creatininemia _____ Protidogramma elettrof. _____
Proteinuria di Bence-Jones _____

PRESENTARSI IL GIORNO DELL'ESAME A DIGIUNO

(firma del Medico Curante)

Preso atto dei dati clinico-anamnestici riferiti dal Medico Curante e assunti direttamente dal paziente, del quesito clinico e dell'indagine proposta si procede all'esecuzione dell'esame richiesto

Il Medico Radiologo

TRATTAMENTO ANTIALLERGICO SI NO

Cosenza li _____

NOTIZIE ANAMNESTICHE

Patologie e/o interventi pregressi _____

Patologia attuale _____



CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO SANITARIO

P03.IO03.CS.RA.M04

Rev. 02 del 08-02-2014

pag. 2 di 2

IL SOTTOSCRITTO _____ dovrà sottoporsi all'esame diagnostico

TAC con M.D.C _____

A TAL FINE DICHIARA liberamente ed in piena coscienza:

di essere stato informato dal DR. _____, dirigente medico dell' Unità Operativa di Radiologia dell'INRCA, dei seguenti aspetti relativi al trattamento sanitario volontario cui intende sottoporsi:

- **SCOPO DEL TRATTAMENTO** (introduzione di mdc indispensabile per la visualizzazione di alcuni organi interni, necessaria per la diagnosi e la conseguente terapia);
- **RISCHI / INCONVENIENTI** (L'introduzione di mdc, in un modesto numero di casi, può provocare disturbi lievi, facilmente controllabili, quali sensazione di calore, nausea, vomito, orticaria. Molto raramente ed in maniera imprevedibile, può provocare disturbi piu' importanti quali difficoltà a respirare, palpitazioni e in casi rari il decesso).
- **BENEFICI PREVISTI;**
- **CONSEGUENZE DEL MANCATO TRATTAMENTO;**
- **MODALITA' DI INTERVENTO IN CASI DI EMERGENZA** (pronta disponibilità di un anestesista rianimatore per un piu' completo controllo di eventuali disturbi).
- **ALTERNATIVE POSSIBILI** a tale metodica;

DICHIARA INOLTRE

- Che prima di esprimere il consenso al trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico ha avuto il **tempo necessario per decidere** (il modulo viene consegnato anticipatamente al momento della prenotazione) e l'opportunità di chiedere eventualmente informazioni al medico di fiducia;
- Che tutte le domande poste hanno avuto **risposta soddisfacente;**
- **DI POTER ESCLUDERE** un eventuale stato di gravidanza, **in caso di donna in età fertile.**

FIRMANDO IL PRESENTE CONSENSO

- autorizza il **trattamento sanitario diagnostico** di cui alla premessa;
- dispone che, **in caso di incapacità ed impossibilità** da parte del sottoscritto, ogni eventuale comunicazione vada effettuata al Sig/Sig.ra _____;

Cosenza _____
paziente / tutore

(Parte riservata al medico)

Dal colloquio avuto, è risultato che il paziente ha ricevuto le informazioni necessarie, avvalendosi del modulo di informativa precedentemente consegnato ed ha espresso liberamente il suo consenso.

TIPOLOGIA DI MDC QUANTITA'.....VELOCITA' di INFUSIONE.....

IL MEDICO* DR. _____

* Il medico che firma e raccoglie il consenso può essere diverso da quello che ha prioritariamente informato il paziente e/o che esegue l'intervento; laddove una procedura organizzativa e/o un percorso assistenziale, dell'Unità Operativa e/o del Dipartimento e/o della Struttura, l'abbia appositamente previsto, condiviso e certificato