



ASL Lecce

PugliaSalute

**UNITA' OPERATIVA COMPLESSA DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**

**TERRITORIALE AZIENDALE**

**Direttore: Dott. Luigi QUARTA**

Lecce - Piazza BOTTAZZI

**Tel. 0832/215951 – 0832/215954 Fax 0832.215955**

**MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALLE  
PROCEDURE DIAGNOSTICHE CON MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO  
(TAC)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_), il \_\_\_\_\_

dichiaro di essere stato informato a riguardo la procedura diagnostica di:

\_\_\_\_\_  
(specificare la procedura)

In particolare, nel corso del colloquio con il medico prescrittore, ho avuto modo di comprendere, nei contenuti essenziali, le caratteristiche della procedura:

- modalità di esecuzione
- modalità di preparazione
- finalità e vantaggi
- rischi connessi/complicanze
- necessità di effettuare eventuali indagini successive
- condizioni individuali particolari degne di

nota: \_\_\_\_\_

e le alternative diagnostiche.

Pertanto, con la consapevolezza che il consenso può essere revocato in qualsiasi momento,

- ACCONSENTO
- NON ACCONSENTO

a sottopormi alla procedura indicata.

Lecce, li \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PAZIENTE**

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**COMPILARE E  
FIRMARE ANCHE SUL  
RETRO**

**SEZIONE RISERVATA AL MEDICO PRESCRITTORE**

Nell'invviare il/la paziente che deve effettuare TC con mdc, si dichiara di avere verificato e valutato i risultati delle indagini di laboratorio richieste al fine di fornire l'idoneità all'esecuzione della sopracitata indagine diagnostica:

- **Glicemia**
- **Creatinina**
- **Emocromo completo**
- **Elettroforesi proteica**
- **FT3, FT4, TSH**

**Note anamnestiche rilevanti:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gravidanza in atto SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | data ultima mestruazione (obbligatoria) _____                       |
| <input type="checkbox"/> ipertensione   | <input type="checkbox"/> allattamento al seno                       |
| <input type="checkbox"/> insufficienza renale grave   | <input type="checkbox"/> ipertiroidismo                             |
| <input type="checkbox"/> iperuricemia   | <input type="checkbox"/> cardioaptia (IV classe NYHA)               |
| <input type="checkbox"/> diabete mellito  | <input type="checkbox"/> insufficienza epatica grave                |
| <input type="checkbox"/> asma bronchiale  | <input type="checkbox"/> policitemia                                |
| <input type="checkbox"/> morbo di Waldenstrom   | <input type="checkbox"/> recente assunzione di farmaci nefrotossici |
| <input type="checkbox"/> mieloma  | <input type="checkbox"/> recente (<5 gg) esame con mdc iodato ev    |
| <input type="checkbox"/> mastocitosi  | <input type="checkbox"/> anemia                                     |
| <input type="checkbox"/> ALTRO _____  | <input type="checkbox"/> INTERVENTI CHIRURGICI SUBITI(_____)        |

**Farmaci in uso**

- betabloccanti
- interleukina 2
- FANS
- biguanidi

**Allergie**

- Farmaci
- Lattice
- ALTRO \_\_\_\_\_

PESO PAZIENTE: \_\_\_\_\_ kg

**Preparazione alla procedura diagnostica e raccomandazioni**

È necessario eseguire un digiuono completo a partire da 4-6 ore prima dell'esame.

Se si assumono terapie farmacologiche:

- i pazienti diabetici assumono Metformina (es. Metforai, Glucophage, Metfonorum,...) devono sospendere l'assunzione 48 ore prima dell'esame dopo aver consultato il medico curante o lo specialista che provvederà a sostituirlo con un altro prodotto antidiabetico. L'assunzione di Metformina potrà avvenire dopo almeno 48 ore dall'esame;
- i pazienti con insufficienza renale anche lieve, devono evitare l'assunzione, nelle 24 ore precedenti all'esame, di farmaci nefrotossici (FANS, antibiotici aminoglicosidi, beta-bloccanti);
- tutti gli altri farmaci devono essere assunti come abitudine.

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE**

---