

## CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME TC O RX con mezzo di contrasto iodato endovena

**Da compilare da parte del medico curante** (in conformità alla nota del Min.della Sanità del 17-09-1997)):

Io sottoscritto Dr. ....richiedo l'esame .....  
per il Sig la Sig/ra .....  
con il seguente quesito clinico: .....

**Comunico** allo specialista radiologo che:

il paziente non presenta condizioni clinico-anamnestiche sfavorevoli (ipertiroidismo, dispareproteinemie, mieloma multiplo, grave insufficienza cardiovascolare, epatica o renale ( creatininemia (non antecedente 30gg):.....));

il paziente presenta le seguenti condizioni clinico-anamnestiche sfavorevoli: .....  
..... su cui si allega documentazione clinica;

il paziente non presenta diatesi allergica;

il paziente presenta diatesi allergica ed ha /non ha eseguito pre-trattamento farmacologico

il paziente non assume attualmente farmaci che interagiscono con il mezzo di contrasto iodato (metformina o interleukina 2) o con la noradrenalina (beta bloccanti);

il paziente assume metformina / interleukina 2 / beta bloccanti ; la somministrazione del farmaco è stata sospesa/sostituita in concomitanza dell'esame con mezzo di contrasto

**Dichiaro che il paziente può sottoporsi all'esame con mezzo di contrasto iodato endovena.**

Data e luogo

Timbro e Firma

**Da compilare da parte del medico radiologo esecutore;**

Il Dr.....dichiara di avere informato il paziente Sig./Sig.ra

- che l'uso del mezzo di contrasto iodato endovena può occasionalmente ed in modo imprevedibile determinare reazioni avverse, generalmente di lieve entità (1% degli esami), molto raramente severe, ed in casi estremi mortali (0.017% degli esami)
- che gli eventuali pre-trattamenti farmacologici eseguiti possono ridurre questi rischi, ma non li prevengono in maniera assoluta
- che esistono / non esistono indagini alternative all'esame con mdc iodato e appropriate per il suo specifico quadro clinico-anamnestico:

Il Sig/Sig.ra .....dichiara di aver compreso le informazioni fornite dal medico radiologo e di aver ricevuto risposta alle domande poste al medico ed **esprime il suo consenso all'esecuzione dell'esame con mezzo di contrasto iodato.**

Galatina ,li .....

Timbro e Firma del Radiologo

Firma del paziente o tutore legale

