

Modulo da compilare a cura del Medico Richiedente e da allegare alle richieste di esami che prevedano l'uso di m.d.c. organo iodati per via intravasale

Il Paziente _____ nato il _____
ha necessità di essere sottoposto a _____
per la seguente motivazione clinica _____

La valutazione clinico-anamnestica del paziente non evidenzia controindicazioni in atto per eseguire l'esame richiesto, in particolare non sussistono le controindicazioni previste dalla Circolare n° 81 del 09.09.1975 e successive Circolari n° 64 del 28.08.1979 e Prot. 900.VI/AG./6542 del 17.09.1997 del Ministero della Salute e cioè:

- Paraproteinemia di Waldenstrom
 - Mieloma multiplo
 - Grave insufficienza epatica e renale e cardiocircolatoria
 - Manifesta Tireotossicosi
 - A questo fine, onde escludere la presenza di patologie non clinicamente manifeste, sono stati eseguiti i seguenti accertamenti: Glicemia, Creatininemia, Proteinuria di Bence Jones, Elettroforesi sierica.
- non esiste stato di gravidanza
 non esistono dati anamnestici di ipersensibilità specifica a prodotti organo-iodati
 non sono in corso terapie nefrotossiche

Si forniscono inoltre i seguenti elementi clinici:

Il paziente è allergopatico?	SI	NO	Il paziente è ipoteso?	SI	NO
Il paziente è diabetico?	SI	NO	Il paziente è epatopatico	SI	NO
Altre osservazioni					

Data

In fede
il Medico Richiedente

CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di essere stato informato in modo esauriente e del tutto comprensibile sull'indicazione clinica, l'utilità e le modalità di realizzazione dell'esame.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato degli effetti collaterali e secondari (reazioni inattese avverse) che possono derivare dall'uso del mezzo di contrasto necessario per l'esecuzione dell'indagine stessa.

In base alle informazioni ricevute rilascia il consenso all'esecuzione dell'indagine.

Data _____

In fede _____