



**GVM**  
CARE & RESEARCH

Clinica Santa Caterina da Siena  
Torino

## CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO ENDOVENA

Egregio Signore/Gentile Signora,

l'esame di cui Ella verrà sottoposto/a prevede la somministrazione di un farmaco, chiamato mezzo di contrasto, in una vena del braccio.

Tale farmaco mi permette di riconoscere, con maggior chiarezza, sia le strutture normali che quelle non normali e, talora, anche di precisare la natura della Sua malattia.

L'uso di queste sostanze può avere, anche se raramente, effetti tossici, che non sono prevedibili; l'enorme maggioranza di questi effetti è di entità molto modesta (nausea, capogiro, sensazione di rossore, sudorazione) ed essi sono facilmente controllabili con farmaci di uso comune.

Eccezionalmente (1/200.000 casi – 0.0001%) si verificano reazioni gravi o molto gravi: i miei collaboratori ed io abbiamo l'esperienza per affrontarle e disponiamo degli strumenti necessari.

Le raccomando di portare con sé i risultati degli esami di laboratorio richiesti e Le raccomando di segnalarmi eventuali precedenti reazioni allergiche, in particolare quelle legate alla somministrazione di questi farmaci.

I miei collaboratori ed io siamo a Sua disposizione per eventuali, ulteriori informazioni, sia prima, sia al momento di effettuare l'esame.

---

Io sottoscritto/a Sig./Sig.ra:

---

Acconsento ad essere sottoposto/a ad:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nel caso di minore o interdetto.

**Firma** esercente patria potestà o tutore: \_\_\_\_\_

Il medico: \_\_\_\_\_