

**MODULO PER RICHIESTA DI ESAME CON M.D.C. PER VIA INIETTIVA**

**All'Unità Operativa di Radiologia**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_

Ricoverato/a c/o U.O. \_\_\_\_\_ Cartella n. \_\_\_\_\_ Ambulatoriale \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Quesito clinico \_\_\_\_\_

Indagine richiesta \_\_\_\_\_

Uso di m.d.c. (specificare tipo) \_\_\_\_\_

Per la corretta valutazione clinico-anamnestica è indispensabile conoscere dati relativi a:

Allergie (specificare.....)	SI	NO
Insufficienza epatica grave	SI	NO
Insufficienza renale grave	SI	NO
Insufficienza cardio-vascolare grave	SI	NO
Anamnesi per mieloma	SI	NO
Trattamento in atto con farmaci beta bloccanti	SI	NO
biguanidi	SI	NO
interleukina 2	SI	NO
Assunzione di alcool, droghe	SI	NO

\_\_\_\_\_  
(firma del medico curante/medico U.O.)

**Ai sensi della circ. del M.d.S. del 17.09.1997, preso atto delle informazioni assunte direttamente dal paziente, dei dati clinico-anamnestici raccolti dal medico curante, del quesito clinico e dall'indagine richiesta, si ritiene di procedere all'esame \_\_\_\_\_ con il m.d.c. \_\_\_\_\_.**

N.B. La consultazione preventiva con l'Anestesista è opportuna nei pazienti a rischio così come specificati nella circ. del M.d.S. del 17.9.97 (comprovato rischio allergico, gravi forme di insufficienza epatica o renale o cardio-vascolare, paraproteinemia di Waldstrom o mieloma multiplo).

Consultazione preventiva con l'Anestesista effettuata  SI  NO

\_\_\_\_\_  
(firma dell'anestesista)

\_\_\_\_\_  
(firma del medico radiologo)

**CONSENSO INFORMATO**

Informato dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimento e delle eventuali complicanze e rischi connessi con l'esecuzione dell'indagine \_\_\_\_\_ il paziente, ampiamente soddisfatto delle informazioni e dei chiarimenti ricevuti dal Dott. \_\_\_\_\_, dichiara di acconsentire allo svolgimento con il m.d.c. \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma del paziente o del titolare del consenso)