Casa di Cura Villa Serena

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 insufficiena epatica o renale o cardio-vascolare, paraprotinemia di Waldestrom 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 informazione 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)*