

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI
ESAME RADIOLOGICO CON MEZZI DI CONTRASTO IODATI**

(Nota Min. San. 17/9/97)

Richiesta Di Esecuzione Di Esame Radiologico Con Mezzi Di Contrasto Iodati

Per il/la Sig. Nato/a il

Residente a Via

Telefono

Ricoverato Paziente ambulatoriale

Esame richiesto

Motivazione e/o quesito clinico.....

Controindicazioni e fattori di rischio:

Precedenti reazioni avverse a mezzi di contrasto []

Insufficienza renale o epatica grave []

Insufficienza cardiaca grave []

Diabete paraproteinemia []

Trattamento in atto con farmaci -bloccanti, Tiguanidi, Interlukina 2 []

Atopia []

Dall'anamnesi, dall'esame clinico e dagli accertamenti effettuati non sono emerso dati positivi nei confronti delle controindicazioni e dei fattori di rischio noti.

Cosenza, li.....

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO CURANTE

Firma del paziente

INVITO AD ACCERTAMENTO O CONSULENZA CON ANESTESIA

N.B.: Qualora dall'anamnesi risultino precedenti reazioni avverse dopo l'utilizzo di mezzi di contrasto, il Curante deve prevalentemente consultarsi con il medico radiologo per una consulenza preventiva con l'Anestesista.

Ultime mestruazioni (data)

Ha subito interventi chirurgici? [Si] [No]

È portatore di:

Schegge metalliche? [Si] [No]

Clips metalliche vascolari su aneurismi, vasi arteriosi? [Si] [No]

Pace maker, protesi valvolari, cateteri cardiaci? [Si] [No]

Pompe d'infusione per farmaci? Si [No]

Corpi metallici o protesi per l'udito? [Si] [No]

Derivazioni spinali o ventricolari? [Si] [No]

Protesi ortopediche, dentarie o del cristallino? [Si] [No]

È affetto da anemia falciforme? [Si] [No]

E' portatore di piercing, cerotti medicati [Si] [No]

E' portatore di tatuaggi o altre procedure cosmetiche permanenti? [Si] [No]

Per effettuare l'esame occorre: Essere digiuno da almeno **due** ore. Togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiere, corone temporanee mobili; cinto sanitario; Togliere fermagli dai capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi; Carte di credito o altre schede magnetiche, monete, chiavi e altri oggetti metallici. Asportare cosmetici dal volto.

Il mezzo di contrasto paramagnetico é un farmaco utile a dirimere numerosi dubbi diagnostici. Come tutti i farmaci può avere controindicazioni ed effetti collaterali anche gravi. In accordo con le direttive CEE, é necessario che il paziente a conoscenza di ciò, dia la sua autorizzazione all'utilizzo di tale farmaco ed a tutte le manovre che potrebbero conseguire.

CONSENSO INFORMATO

Il/La sottoscritt ... (nome) (cognome)
nat a..... Prov. di
il residente aProv. di
in via/p.zza Tel.

DICHIARA

di essere stato/a informato/a esaurientemente ed in modo comprensibile sull'indicazione clinica, l'utilità e le modalità di realizzazione dell'esame radiologico da eseguire
.....

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere stato/a informato/a degli eventuali rischi e complicanze/effetti collaterali e secondari (reazioni inattese avverse) che possono derivare dall'uso del "mezzo di contrasto", di aver ricevuto risposta ai quesiti posti, anche su eventuali possibili esami alternativi, e di essere ampiamente soddisfatto/a dei chiarimenti ricevuti dal

Dott.....

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso alla effettuazione dell'indagine radiologica.

In fede. Data

(firma del PAZIENTE)

(firma del MEDICO RADIOLOGO)

(firma del T.S.R.M./INF. PROF.)

PRIVACY INFORMATIVA AI SENSI DEL DLGS 30.12.2003, N° 196

Ai sensi del D.lgs 196/2003, le informazioni fornite verranno trattate con la massima tutela e riservatezza per finalità di gestione amministrativa della pratica. Potrete accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 7 della legge (aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, trasformazione o blocco dei dati trattati in violazione della legge etc.) inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento.

Alla cortese attenzione del medico curante

CONSENSO INFORMATO

Il medico che La segue, ha ritenuto opportuno proporLe di sottoporsi ad un esame radiologico con mezzo di contrasto

La si informa che con questo esame che utilizza i raggi X si indaga per inquadrare il Suo problema clinico e trattarlo con la terapia più opportuna.
Per effettuare l'esame è necessario l'utilizzo di un Mezzo di contrasto, ossia un liquido opaco ai raggi X, che verrà eliminato dai reni e che si inietta in vena prima di eseguire le scansioni.

I mezzi di contrasto attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri e sono stati somministrati a milioni di pazienti, ma occasionalmente possono dare dei problemi. I tipi di reazione che si manifestano in casi sporadici sono:

Reazioni minori, come starnuti o nausea.

Queste reazioni non richiedono alcuna terapia e la probabilità che esse si verifichino è circa di 1 caso su 10.000 pazienti (1%).

Reazioni severe

Queste reazioni richiedono di solito una terapia medica e comprendono, ad esempio: difficoltà respiratorie, reazioni allergiche, shock, battiti cardiaci irregolari, convulsioni o perdita di coscienza.

La possibilità che si verifichi una reazione di questo tipo è di circa 1 su 6.000 pazienti (0.017%). Assai raramente, come succede con Molti farmaci, i mezzi di contrasto possono causare il decesso; la probabilità che ciò avvenga è di circa 1 caso su 100.000 pazienti (0.001%).

Il/La sottoscritt.....(nome)(cognome).....

Nato/a a Prov. di (.....)

ilresidente a Prov. di (.....)

in via/piazza. Tel.

DICHIARA

di essere stato/a informato/a esaurientemente ed in modo comprensibile sull'indicazione clinica, l'utilità e le modalità di realizzazione dell'esame radiologico da eseguire

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere stato/a informato/a degli eventuali rischi e complicanze/effetti collaterali e secondari (reazioni inattese avverse) che possono derivare dall'uso del "mezzo di contrasto", di aver ricevuto risposta ai quesiti posti, anche su eventuali possibili esami alternativi, e. di essere ampiamente soddisfatto/a dei chiarimenti ricevuti dal Dott.....

DICHIARA

infine di esprimere il proprio consenso all'effettuazione dell'indagine radiologica.

In fede

Data

(firma del Paziente)

(firma del MEDICO RADIOLOGO)

(firma del T.S.R.M/INFERMIERE).....