

**RICHIESTA DI ESAME RADIOGRAFICO CON UTILIZZO DI MEZZO
DI CONTRASTO ORGANO IODATO (UROGRAFIA E TAC)**
(nota del 17/09/1997 del Ministero della Sanità).

RICHIESTA DA COMPILARE DA PARTE DEL CURANTE

Si richiede per il Sig. (Cognome e Nome).....
nato a il
il seguente esame..... con la seguente indicazione
.....
note anamnestiche e quesiti clinici.....

Li..... Firma del medico richiedente.....

Gentile collega,

per procedere all'esame richiesto ti preghiamo di escludere o confermare, sulla scorta dei dati anamnestici in tuo possesso la presenza – nel paziente – della seguenti patologie: (barrare se *si* o *no*)

- | | | | |
|---|--|----|----|
| 1 | comprovato rischio allergico a contrasti iodati..... | si | no |
| 2 | forme di grave insufficienza epatica..... | si | no |
| 3 | insufficienza cardio – vascolare..... | si | no |
| 4 | diabete..... | si | no |
| 5 | asma bronchiale od altre allergie: quali..... | si | No |

Si prega di segnalare **il valore del filtrato glomerulare , pari a** **ml/min** (esame effettuato entro 3 mesi antecedenti l'esecuzione della TAC) . **Se inferiore a 60 ml/min** contattare il radiologo

8. Se il paziente assume METFORMINA contattare il radiologo

Li..... Firma e timbro del medico curante

grazie: Il Responsabile del Servizio di Diagnostica per immagini

CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto a seguito del colloquio esplicativo avuto con il radiologo Dr.....durante il quale ho avuto la possibilità sia di porre domande che di ottenere gli opportuni chiarimenti dichiara di essere stato informato dell'indicazione clinica , delle modalità di svolgimento dell'indagine , degli effetti collaterali e dei rischi che possono derivare dall'iniezione intravasale di mezzo di contrasto organo iodato e dalle eventuali indagini alternative. Sulla base dell'informativa ricevuta, che ritengo comprensibile, il sottoscritto rilascia consenso all'esecuzione dell'indagine richiesta:.....

Il paziente..... Il radiologo.....

MANERBIO.....