



CENTRO RADIOLOGICO DI
DIAGNOSTICA E ROENTGENTERAPIA
ED ECOGRAFIA MEDICA



Via M. Nicoletta - 88900 CROTONE - Tel. Studio 0962.23971 - P.I. 01524730791
Iscritto nel Registro Regionale CONVENZIONATO S.S.N. - Cod. Reg. SSA048
centrofamiliarikr@gmail.com

Modulo per richiesta di esame con m.d.c. organo-iodato per via iniettiva

All'Unità Operativa di Radiologia

Cognome.....Nome.....Nato/a il

RECAPITO TEL. PAZIENTE (campo obbligatorio).

Medico curante.....Recapito telefonico.....

Quesito clinico.....

Indagine richiesta.....

Uso di m.d.c. ionico/non ionico.....

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

ALLERGIE	SI (SPECIFICARE.....)	NO
Insufficienza epatica grave	SI	NO
Insufficienza renale grave	SI	NO
Insufficienza cardio-vascolare grave	SI	NO
Anamnesi per mieloma multiplo	SI	NO
Trattamento in atto con farmaci	Beta-bloccanti	SI NO
	Biguanidi	SI NO
	Interleukina 2	SI NO
Assunzioni di alcool, droghe	SI	NO

.....
(Firma e timbro del medico curante)

Ai sensi della circ. del M.d.S. del 17.9.1997, preso atto delle informazioni assunte direttamente dal paziente, dei dati clinico-anamnestici raccolti dal Medico Curante, del quesito clinico e dell'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 Radiologico)

Modulo di consenso e di informazione per indagini radiologiche che prevedono l'impiego di mezzi di contrasto organoiodati e procedimenti di radiologia interventivistica.

Il sottoscritto.....

Acconsente a sottoporsi all'indagine.....

Dopo essere stato informato sul tipo degli strumenti impiegati, sulla composizione chimica delle sostanze iniettate (mezzi di contrasto organo-iodati, altri materiali terapeutici o farmaci), sul metodo operativo, sui rischi, (anche in rapporto alle presenti o successive condizioni di salute) immediati e futuri, sui vantaggi conseguiti dai risultati, che non sempre corrispondono alle aspettative, sugli svantaggi della mancata indagine

FIRMA DEL PAZIENTE (*)

M.D.C. Utilizzato:

Lotto N° :

(*) Se il paziente è minore di 18 anni, il consenso deve essere rilasciato da uno dei genitori o da una persona esercitante la propria potestà.

- ESAME PRENOTATO PER GIORNO_____

ALLE ORE

- PRESENTARSI A DIGIUNO COMPLETO

**SI PREGA DI INVIARE LA
DOCUMENTAZIONE
(IMPEGNATIVA, MODULO
CONSENSO, VALORE
CREATININA) ALMENO 7 GIORNI
PRIMA DI ESEGUIRE L'ESAME AL
SEGUENTE INDIRIZZO
E-MAIL:centrofamiliarikr@gmail.com**

SI PREGA DI PORTARE ESAMI PRECEDENTI,

COME: RADIOGRAFIE, TAC, ECOGRAFIE, ESAMI

DI LABORATORIO , ECC..

IN PARTICOLARE CREATININA

**(IN ASSENZA DEL VALORE DELLA
CREATININA NON E' POSSIBILE
EFFETTUARE L'ESAME TAC)**