

	Modulo di pre-consenso per esami radiologici soggetti a consenso informato <i>(impiego di m.d.c. organo-iodati o m.d.c. paramagnetici per via endovenosa e esami interventistici)</i>	del 08/09/2017
	DIPARTIMENTO DEI SERVIZI Area Omogenea Diagnostica per Immagini	Pagina 1 di 1

**NON VERRANNO ACCETTATE PROPOSTE DI ESAMI PRIVE DEI DATI
RICHIESTI ED IN PARTICOLARE PRIVE DEL QUESITO CLINICO**

PAZIENTE

Cognome..... Nome.....

nato/a il Telefono.....

Medico proponente l'esame Dr. Tel.

QUESITO CLINICO

.....
.....

INDAGINE RICHIESTA.....

Il sottoscritto/a dichiara di essere stato informato dal medico prescrivente riguardo le indicazione, le modalità di svolgimento e i rischi correlati all'indagine in oggetto, di aver letto la nota informativa specifica on-line (<http://www.uslumbria1.gov.it/servizi/radiologia-diagnostica-per-immagini>) e di acconsentire all'esecuzione dell'esame

Data Firma del Paziente

ANAMNESI PATOLOGICA

Il paziente ha un'anamnesi positiva per:

- | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| ▲ Diabete mellito | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▲ Mieloma multiplo | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▲ Grave insufficienza Epatica | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▲ Grave insufficienza Renale | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ▲ Grave insufficienza Cardio-vascolare | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Il paziente ha un'anamnesi positiva per:

- ▲ **comprovato rischio allergico specifico ai m.d.c. organo-iodati**
Si No
- ▲ **comprovato rischio allergico aspecifico**
Si No

Se **SI** specificare

Il paziente è in trattamento con:

- ▲ **β-bloccanti, Biguanidi, Interleukine** Si No

Data

.....
Timbro e Firma del Medico proponente l'esame