

All'Unità Operativa di Radiodiagnostica
Ospedale di
Modulo per richiesta di esame con m.d.c. organo-iodato per via iniettiva
(ai sensi della nota del M.d.S. del 17.9.1997)

Cognome.....Nome.....
Nato/ail.....
Ricoverato/a c/o U.O. dell'Ospedale di
Residente a, via, tel.....
Quesito clinico(*).....
.....
Indagine proposta
<i>(*) Si rammenta che il Codice di Deontologia Medica obbliga il Medico prescrittore – qualora diverso dal Medico di Medicina Generale – ad indicare al Collega la motivazione della richiesta.</i>

Per una corretta valutazione clinico-anamnestica è indispensabile conoscere dati relativi a:
(barrare la risposta che interessa)

- | | | |
|--|-----|----|
| • Comprovato rischio allergico a contrasti organo-iodati o ad altre sostanze | 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, biguanidi, interleukina) | SI' | NO |
| • Abuso di alcool, droghe | SI' | NO |

Note

.....

.....

Medico Richiedente

Cognome..... Nome Recapito telefonico

Firma del Medico Richiedente

Unità Operativa di Radiodiagnostica
Ospedale di
(riservato allo specialista radiologo)

Preso atto dei dati clinico-anamnestici raccolti dal Medico Curante, del quesito clinico e dell'indagine proposta, ricavata una breve anamnesi direttamente dal paziente,

si ritiene

- di procedere all'esame**
- di procedere ad ulteriori accertamenti**
-
-
-

Consultazione preventiva con l'Anestesista effettuata SI' NO

N.B. La consultazione preventiva con l'Anestesista è opportuna nei pazienti a rischio (comprovato rischio allergico, gravi forme di insufficienza epatica o renale o cardiovascolare, paraproteinemia di Waldenström o mieloma multiplo).

(Firma del Medico Radiologo)

Prescrizioni eventuali dell' anestesista

(Firma dell'Anestesista)

CONSENSO INFORMATO

Informato dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimento e delle eventuali complicanze e rischi connessi con l'esecuzione dell'indagine il paziente, avendo avuto la possibilità di formulare specifiche domande e ampiamente soddisfatto delle informazioni e dei chiarimenti ricevuti dal Prof. / Dott. dichiara di acconsentire allo svolgimento della stessa.

(Firma del paziente o del titolare del consenso)

.....
(data)

(Firma del Medico Radiologo)

