

SERVIZIO DI RADIOLOGIA
CONSENSO AL MEZZO DI CONTRASTO

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____
in qualità di esercente la potestà sul minore _____
in qualità di tutore di _____

DICHIARO

> di essere stato chiaramente ed esaurientemente informato dal Dr. _____

(Unità Operativa/Servizio di _____ recapito telefonico: _____)

di essere affetto dalla seguente sintomatologia / patologia _____

per la quale e' indicato il seguente esame _____

> di essere stato chiaramente ed esaurientemente informato che l'esame/ procedura proposto presenta i seguenti:

- potenziali benefici:

° consentire la diagnosi e/o stadiazione radiologiche per avviare un eventuale successivo iter diagnostico-terapeutico

° altri _____

- possibili inconvenienti/complicanze/problemi di recupero:

° generalmente allergie (di breve durata e lieve entità, ma in via del tutto eccezionale anche più gravi e potenzialmente pericolosi per la vita, fino allo shock anafilattico) e alterazioni della funzionalità renale (per la quale può rendersi necessario anche il ricorso alla dialisi).

° altri _____

- possibili esiti in caso di non esecuzione:

° mancata risoluzione del quesito clinico con conseguente rischio di aggravamento del quadro clinico

° altri _____

- possibili alternative cliniche:

° radiografia convenzionale

° ecografia

° TAC senza mezzo di contrasto iodato

° RMN con mezzo di contrasto paramagnetico

° nessuna----- ° altre-----

> di aver manifestato in passato reazioni allergiche a :

° farmaci: _____

° alimentari: _____

° polveri/pollini: _____

° punture di insetti: _____

° mezzi di contrasto radiologici: _____

° altro _____

° nessuno dei precedenti (non ho mai avuto reazioni allergiche in passato)

> di essere pienamente cosciente;

> di essere consapevole che non esiste garanzia sul risultato diagnostico finale;

> di aver letto e compreso integralmente quanto riportato sopra e quanto illustratomi dal Medico;

OSPEDALE
DI SUZZARA

>di essere stato chiaramente ed esaurientemente informato che la procedura prevista può essere eseguita da un Medico diverso da quello che mi ha informato;

>di essere stato chiaramente ed esaurientemente informato che l'Ospedale di Suzzara S.p.A non dispone di alcun posto letto di area critica quali, ad esempio, la Terapia Intensiva-Rianimazione e l'Unità di Cure Coronariche;

° di consentire l'esame sopra indicato

° di non consentire l'esame sopra indicato.

Dichiaro inoltre di essere stato informato che il mio diniego possono essere da me revocati sino al momento dell'esecuzione della procedura proposta.

Suzzara, li _____

Firma del Medico proponente _____

Firma del sottoscritto/a _____

Firma del Medico radiologo _____