



**PG 03-M 02 Consenso informato l'esecuzione di esami radiologici con
somministrazione di mezzo di contrasto organo-iodato per via iniettiva**

Rev 1 del 04/05/2021 - Pagina 1 di 1

Cognome: Nome:.....

Nato a il

Residenza

QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE

- | | | |
|--|----|----|
| - Ha mai avuto fenomeni allergici stagionali o dopo assunzione di alimenti, medicinali, anestetici o mezzi di contrasto? | SI | NO |
| - Ha mai effettuato esami radiologici con infusione di mezzi di contrasto organo-iodato? | SI | NO |
| - Ha avuto disturbi da mezzo di contrasto durante o dopo l'esecuzione di esami radiologici precedenti? | SI | NO |
| - E' in stato di gravidanza certa o presunta?? | SI | NO |
| - E' affetto da insufficienza renale, cardiaca o epatica? | SI | NO |
| - È affetto da diabete, paraproteinemie o ipertiroidismo? | SI | NO |

Io sottoscritto/a

consapevole delle mie condizioni sanitarie e della necessità di essere sottoposto a *(tipo di esame)* _____ secondo la richiesta del mio

Medico curante, dichiaro di essere stato esaurientemente informato dal medico radiologo riguardo le caratteristiche, le modalità di esecuzione ed i rischi della procedura diagnostica richiesta. In particolare, sono stato messo a conoscenza che l'indagine a cui sarò sottoposto prevede la somministrazione endovenosa di un prodotto farmaceutico organo-iodato (definito mezzo di contrasto). Sono informato che prima di procedere all'esame sono state escluse le condizioni riconosciute quali controindicazioni al mezzo di contrasto mediante l'indagine anamnestica e gli opportuni accertamenti laboratoristici. Mi è stato spiegato che la procedura - anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza - non è esente da effetti collaterali e potenziali complicanze: il mezzo di contrasto endovenoso può provocare disturbi collaterali lievi e facilmente controllabili con adeguata terapia come nausea, vomito, sensazione di calore ed orticaria ma possono verificarsi sia pure eccezionalmente - ed in maniera imprevedibile - anche reazioni molto gravi (shock anafilattico) o addirittura letali (circa 1 caso ogni 200 mila somministrazioni).

Riconosco di aver compreso a pieno la necessità, le caratteristiche ed i rischi della procedura diagnostica richiesta e che il Medico radiologo ha risposto in modo comprensibile ed esauriente a tutte le richieste di chiarimento che ho posto e pertanto

- Acconsento** di sottopormi all'indagine con MDC
- Non acconsento** di sottopormi all'indagine con MDC

Firma del Paziente* _____

(*) In caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.

Io sottoscritto Dott. confermo ed attesto, in modo contestuale alla sottoscrizione del Sig. che lo stesso, a mio avviso, ha interamente compreso quanto esposto nel colloquio informativo avvenuto, in data odierna.

Mezzo di Contrasto somministrato (nome, lotto e scadenza).....

Pescara,..... Firma del Medico Radiologo:

