



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 è 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;
- >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 Montecchi srl 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, lì _____

Firma del Medico proponente _____

Firma del sottoscritto/a _____

Firma del Medico radiologo _____