

S.O. "R. BINAGHI" – SERVIZIO DI RADIOLOGIA - SEZIONE TC

Responsabile Dott.ssa Maria Antonietta Barracciu

Tel.: 070 6093

PAZIENTE: _____ **M** **F**

Nato/a a : _____ **il :** _____ **Peso (Kg):** _____

Eventuali malattie note

Ipertiroidismo: se non trattato è una controindicazione all'uso di mezzi di contrasto iodati. In casi selezionati, potrebbe essere somministrato un trattamento profilattico e un monitoraggio endocrinologico.

Diabete Proteinuria Ipertensione Gotta

Precedenti malattie renali o interventi chirurgici sui reni

Insufficienza renale (creatininemia)

Υ Assunzione recente di farmaci nefrotossici (ciclosporine, cisplatino, aminoglicosidi, betabloccanti, interleuchina2, idralazina) NO SI specificare _____

IN CASO DI NOTA INSUFFICIENZA RENALE MODERATA (GFR <60 e >45) O DI FATTORI DI RISCHIO PER NEFROPATIA (nota nefropatia in paziente diabetico, disidratato, con scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa e/o > 70 aa), **PREPARAZIONE COME DA SCHEMA ALLEGATO**

SE INSUFFICIENZA MARCATA (GFR < 45) NECESSARIA CONSULENZA NEFROLOGICA

Malattia allergica trattata farmacologicamente

Asma

Precedente somministrazione di mezzo di contrasto?

SI NO

Precedenti reazioni a mezzo di contrasto?

SI NO

Precedenti reazioni allergiche a farmaci o altre sostanze?

SI NO

Se SI specificare _____

IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER DIATESI ALLERGICA: NECESSARIA CONSULENZA ANESTESIOLOGICA

Attuale terapia con biguanidi (METFORMINA)? NO SI (se il GFR <60 il paziente DEVE SOSPENDERE L'ASSUNZIONE DEL FARMACO per 48 ore prima e dopo l'esecuzione dell'esame)

Tutti i pazienti che si devono sottoporre a indagine radiologica con M.D.C. iodato, devono eseguire, nei 30 giorni che precedono l'esame, il dosaggio della creatinina.

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO CURANTE

Data _____

COSA DIRE E COSA PORTARE AL MEDICO RADIOLOGO

È molto importante riferire i sintomi che hanno portato all'esecuzione dell'esame ed esibire eventuali esami radiologici ed ecografici eseguiti in precedenza. Nel caso che l'esame sia ripetuto a distanza di tempo è necessario riportare le indagini precedenti. Il medico radiologo deve poter consultare il risultato di eventuali altri esami strumentali o visitespecialistiche e, se disponibili, la relazione del curante o lettere emesse in occasione di precedenti ricoveri.

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a Sig./Sig.a _____

Ho preso visione delle informazioni relative alla procedura radiologica proposta ed ho ricevuto in proposito risposte chiare ed esaurienti ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi o da reazioni avverse, che nel mio caso specifico mi sono stati adeguatamente illustrati. Mi è stato comunicato che sono state comunque predisposte tutte le idonee misure e precauzioni per prevenire e/o fronteggiare ogni eventuale complicanza.

PERTANTO DICHIARO DI:

Acconsentire allo svolgimento dell'indagine con/senza mezzo di contrasto

Non acconsentire allo svolgimento dell'indagine

PER LA DONNA: STATO DI GRAVIDANZA

SI **NO** **NON SO**

Data _____

Firma per esteso del Paziente o del Titolare del consenso

TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

La informiamo che il Dlgs 30/06/2003, n° 196, prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. I dati raccolti hanno solo fine diagnostico, per adempiere a specifici compiti istituzionali connessi con l'attività clinica, vengono conservati nell'archivio radiologico (PACS) e nel sistema informativo radiologico (RIS). Gli stessi vengono trattati esclusivamente da personale autorizzato, vincolato dal segreto professionale e dal segreto d'ufficio. Le chiediamo il consenso al trattamento dei suoi dati, apponendo la firma senza la quale non ci sarà possibile l'esecuzione dell'esame.

Data: _____

Firma: _____

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO RADIOLOGO

ACCETTAZIONE DELL'ESAME

SI **NO** (motivazione)

SOSTITUZIONE ESAME PROPOSTO CON: _____

Cagliari _____ Il Medico Radiologo _____