



RICHIESTA DI ESAMI CON MEZZO DI CONTRASTO, TAC, UROGRAFIA

Data : ___ / ___ / ___

COGNOME NOME : _____

Data di Nascita : ___ / ___ / ___

Medico inviante _____

ESAME RICHIESTO _____

ANAMNESI: _____

QUESITO DIAGNOSTICO : _____

Per una idonea valutazione clinico-anamnestica è indispensabile conoscere i dati relativi a :

Allergia al mezzo di contrasto Non Nota NO SI

Allergia ad altre sostanze Non Nota NO SI
(se SI specificare: _____)

Insufficienza renale NO SI

Per poter eseguire l'esame, il paziente deve presentare all'atto dell'esame i seguenti esami ematochimici:
Azotemia, creatinemia, elettroforesi delle proteine. (gli esami sono validi se eseguiti entro i due mesi precedenti)

Timbro e firma del Medico richiedente: _____

Consenso all'effettuazione di esami radiologici richiedenti mezzi di contrasto endovascolari.

L'esame esige l'introduzione endovenosa di mezzo di contrasto idrosolubile iodato non ionico, a bassa osmolarità.

Esso può determinare l'insorgenza di effetti secondari non desiderati (sensazione di calore, nausea, vomito, prurito, eruzioni cutanee eritematose); possono verificarsi, seppure raramente e in modo del tutto imprevedibile, disturbi più gravi, solo eccezionalmente pericolosi per la vita.

In adempimento a precise norme di legge questo Servizio di Radiologia ha predisposto tutti i mezzi per affrontare eventuali emergenze.

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di essere stato/a pienamente informato/a dal Dottor/dalla Dottoressa _____ dei possibili rischi derivanti dalla somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto e :

Acconsento alla somministrazione endovenosa del mezzo di contrasto.

Non acconsento alla somministrazione endovenosa del mezzo di contrasto.

Data ___/___/___

Firma del/della Paziente : _____

Firma del Medico Radiologo : _____

➤ **N.B. La mancata compilazione di ogni singola voce della richiesta rende nulla.**