

Io sottoscritto/a

nato/a a _____ (____), il _____

dichiaro di essere stato informato a riguardo la procedura diagnostica di:

(specificare la procedura)

In particolare, nel corso del colloquio con il medico prescrittore, ho avuto modo di comprendere, nei contenuti essenziali, le caratteristiche della procedura:

- modalità di esecuzione
- modalità di preparazione
- finalità e vantaggi
- rischi connessi/complicanze
- necessità di effettuare eventuali indagini successive

- condizioni individuali

particolari degne di nota: _____

e le alternative diagnostiche.

Pertanto, con la consapevolezza che il consenso può essere revocato in qualsiasi momento,

☐ **ACCONSENTO**

☐ **NON ACCONSENTO**

a sottopormi alla procedura indicata.

Racale, lì _____

FIRMA DEL PAZIENTE

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

SEZIONE RISERVATA AL MEDICO
PRESCRITTORE

Nell'inviare il/la paziente che deve effettuare TC con mdc, si dichiara di avere verificato e valutato i risultati delle indagini di laboratorio richieste al fine di fornire l'idoneità all'esecuzione della sopracitata indagine diagnostica:

- **Azotemia**
- **Creatinina**
- **Elettroforesi proteica**

Note anamnestiche rilevanti:

- gravidanza in atto SÌ ☐ NO ☐
- ☐ ipertensione
 - ☐ insufficienza renale grave
 - ☐ iperuricemia
 - ☐ diabete mellito
 - ☐ asma bronchiale
 - ☐ morbo di Waldenstrom
 - ☐ mieloma
 - ☐ mastocitosi
 - ☐ ALTRO _____

Farmaci in uso

- ☐ betabloccanti
- ☐ interleukina 2
- ☐ FANS
- ☐ biguanidi

Allergie

- ☐ Farmaci
- ☐ Lattice

data ultima mestruazione (obbligatoria) _____

- ☐ allattamento al seno
- ☐ ipertiroidismo
- ☐ cardioaptia (IV classe NYHA)
- ☐ insufficienza epatica grave
- ☐ policitemia
- ☐ recente assunzione di farmaci nefrotossici
- ☐ recente (<5 gg) esame con mdc iodato ev
- ☐ anemia
- ☐ INTERVENTI CHIRURGICI SUBITI _____
- ☐ PESO PAZIENTE: _____kg

Preparazione alla procedura diagnostica e raccomandazioni

È necessario eseguire un digiuno completo a partire da 4-6 ore prima

dell'esame. Se si assumono terapie farmacologiche:

- i pazienti diabetici assumono Metformina (es. Metforai, Glucophage, Metfonorum,...) devono sospendere l'assunzione 48 ore prima dell'esame dopo aver consultato il medico curante o lo specialista che provvederà a sostituirlo con un altro prodotto antidiabetico. L'assunzione di Metformina potrà avvenire dopo almeno 48 ore dall'esame;
- i pazienti con insufficienza renale anche lieve, devono evitare l'assunzione, nelle 24 ore precedenti all'esame, di farmaci nefrotossici (FANS, antibiotici aminoglicosidi, beta-bloccanti);
- tutti gli altri farmaci devono essere assunti come abitudine.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE

Questo modulo dovrà essere consegnato in originale al momento dell'esame dallo stesso paziente.

Tel. 0833 585092

Email info@centrodiagnosticodemarco.it