

<b>Valmontone Hospital spa</b>	Sede legale ed operativa: Via dei Lecci snc – 00038 Valmontone(RM)	MOD c.p. 10
		Rev.00
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA'	
		Pagina 1 di 1

**MODULO PER RICHIESTA DI ESAME CON M.D.C. ORGANO-IODATO PER VIA INIETTIVA**

**ALL'UNITÀ OPERATIVA DI RADIOLOGIA**

Cognome ..... Nome ..... Nato/a il .....

Ricoverato/a c/o U.O. .... Cartella numero ..... Ambulatoriale .....

Medico curante ..... Recapito telefonico .....

Quesito clinico .....

Indagine proposta .....

Per la corretta valutazione clinico-anamnestica è indispensabile conoscere dati relativi a:

Comprovato rischio allergico a mdc o ad altre sostanze (Se SI, specificare .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Insufficienza renale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Insufficienza epatica grave	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Insufficienza cardio-vascolare grave	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Diabete	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Anamnesi per mieloma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Trattamento in atto con farmaci (beta-bloccanti, biguanidi, interleukina, FANS) (Se SI, specificare .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Assunzione di alcool, droghe	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

.....  
Firma del Medico Curante/Prescrivente

Preso atto delle informazioni assunte direttamente dal paziente, dei dati clinico-anamnestici raccolti dal Medico Prescrivente/Curante, del quesito clinico e dell'indagine proposta, si ritiene/non si ritiene

di procedere all'esame ..... con il m.d.c. ....

di procedere ad ulteriori accertamenti .....

N.B. La consultazione preventiva con l'Anestesista è opportuna nei pazienti a rischio (comprovato rischio allergico a mdc o ad altre sostanze, asma, gravi forme di insufficienza epatica o renale o cardio-vascolare, paraprotinemia di Waldstrom o mieloma multiplo).

Consultazione preventiva con l'Anestesista effettuata  SI  NO

Prescrizioni dell'Anestesista .....

.....  
data

.....  
Firma dell'Anestesista

**CONSENSO INFORMATO**

Informato dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimento e delle eventuali complicanze e rischi connessi con l'esecuzione dell'indagine ..... il paziente, ampiamente soddisfatto delle informazioni e dei chiarimenti ricevuti dal Prof./Dott. .... dichiara – sbarrare 1) o 2) –

1) di acconsentire allo svolgimento dell'indagine .....

2) di non acconsentire allo svolgimento dell'indagine .....

.....  
Firma del paziente o del titolare del consenso

.....  
data

.....  
Firma del Medico Radiologo

Valmontone Hospital spa	MOD c.p. 10	Data emissione	Causale	Redazione e verifica	Approvazione
	Revisione 00	15/12/2015	Prima emissione	RGQ	DA