Valmontone Hospital spa	Sede legale ed operativa Via dei Lecci snc – 00038 Valmontone (RM)	MOD c.p. 12 Rev.03 Data:24/03/16
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA'	Pagina 1 di 1

RX UROGRAFIA

DESCRIZIONE ESAME:

- L'esame urografico, utilizzato per lo studio dell'apparato urinario, necessita della somministrazione di mezzo di contrasto iodato per via endovenosa.

Per tale motivo sono richieste le seguenti analisi:

- Glicemia
- Creatinina
- Protitogramma
- Ecg
- Ed una breve anamnesi del suo medico curante relativa ad alcune eventuali patologie(consenso informato al mezzo di contrasto iodato (MOD c.p. 10))

PREPARAZIONE:

- L'esame viene eseguito a digiuno.
- Il giorno prima dell'esame è consigliato prendere un lassativo alle ore 17:00.
- A cena seguire una dieta senza scorie, priva di verdure e legumi e con abbondanti liquidi.

Tali indicazioni sono da concordare con il medico curante o con il medico radiologo.

Per ulteriori informazioni si prega di rivolgersi al medico radiologo.

Grazie per la gentile collaborazione.

Valmontone Hospital spa	Sede legale ed operativa: Via dei Lecci snc – 00038 Valmontone(RM)	MOD c.p. 10
		Rev.00
		Data:15/12/2015
	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 .....)	SI	NO
Insufficienza renale	SI	NO
Insufficienza epatica grave	SI	NO
Insufficienza cardio-vascolare grave	SI	NO
Diabete	SI	NO
Anamnesi per mieloma	SI	NO
Trattamento in atto con farmaci (beta-bloccanti, biguanidi, interleukina, FANS) (Se SI, specificare .....)	SI	NO
Assunzione di alcool, droghe	SI	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 Waldestrom 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