



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE

Richiesta per esami con Mezzi di Contrasto Organoiodati Idrosolubili (M. d. C.)

Si richiede per il Sig. / Sig.ra _____ nato/a il _____

il seguente esame _____

Quesito Clinico _____

Questionario compilato dal Medico richiedente

	Si	No
1. Insufficienza renale grave		
2. Cardiopatia grave		
3. Allergia al M. d. C. ¹		
- ponfi		
- ipotensione grave		
- laringospasmo		
- edema della glottide		
4. Altre allergie (Se "si" specificare al punto 7)		
5. Sono stati effettuati altri esami con M. d. C.?		
6. ipatia monoclonale		

7. Allergie di altra natura _____

LA POSITIVITA' DI TALI PARAMETRI NON CONTROINDICA L'ESAME E SERVE AL RADIOLOGO AL FINE DI ADOTTARE GLI OPPORTUNI PROVVEDIMENTI

Il Medico richiedente comunica al Paziente che dovrà acconsentire per iscritto all'esecuzione dell'esame.

Firma e timbro del Medico Richiedente _____

Consenso informato dell'Assistito

Essendo stato informato dei rischi inerenti l'esecuzione dell'indagine contrastografica, il paziente dichiara di acconsentire all'esecuzione dell'esame.

Firma del Paziente² _____

Data _____

¹ Se "Si" descrivere l'episodio come richiesto di seguito ed eventualmente allegare la relativa documentazione

² La firma va apposta in presenza del Radiologo