



CONSENSO INFORMATO SULL'IMPIEGO DEL MEZZO DI CONTRASTO IN T.C E UROGRAFIA

ETICHETTA PAZIENTE CON

CODICE A BARRE

Nome paziente _____

Cognome paziente _____

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____

Il sottoscritto, in qualità di

☐ **Paziente**

☐ **Rappresentante Legale del paziente**

☐ genitori o chi esercita la potestà genitoriale

☐ tutore

☐ amministratore di sostegno

Nome _____

Cognome _____

nato il ____ / ____ / ____ a _____

Titolare del documento d'identità (documento Rap. Leg.)

n° _____ rilasciato da _____

Nome _____

Cognome _____

nato il ____ / ____ / ____ a _____

Titolare del documento d'identità (documento Rap. Leg.)

n° _____ rilasciato da _____

DICHIARO

- di essere stato informato dal Dr./Dr.ssa

Cognome Nome in data / / ore in
modo chiaro, completo e comprensibile che per la sintomatologia/patologia riscontrata è necessaria
l'effettuazione del seguente accertamento diagnostico

- di ☐ AVERE ☐ NON AVERE mai avuto reazioni allergiche a precedenti somministrazioni di mezzo di contrasto
in T.C. o urografie ☐ dichiara inoltre che questa è la prima volta che esegue esami con il mezzo di contrasto

- ☐ ESSERE **DIABETICO** ☐ DI **NON ESSERE DIABETICO**

- ☐ AVERE **INSUFFICIENZA RENALE** ☐ NON AVERE **INSUFFICIENZA RENALE**

- di avere un valore di creatinina ematica di altro valore data esame (< 3 mesi)

- peso del paziente e che

☐ **NON SUSSISTONO** patologie (malattie) che possano influire sul rischio derivante dall'accertamento
diagnostico

☐ **SUSSISTONO** patologie (malattie) che possano influire sul rischio derivante dall'accertamento diagnostico

- di essere informato circa:

- il tipo di esame diagnostico/procedura
- i potenziali benefici e i possibili inconvenienti
- le possibili alternative
- i possibili problemi di recupero
- i possibili rischi della non effettuazione dell'esame diagnostico/procedura richiesti

- di avere letto attentamente le informazioni nella SCHEDA INFORMATIVA e di avere ricevuto dal Radiologo tutte le
spiegazioni e tutte le risposte alle mie domande.

- che sono state richieste durante il colloquio le seguenti ulteriori delucidazioni:

Spazio per il verbale delle informazioni richieste

.....

.....

.....

.....

- che mi è data certezza che:
 - in qualsiasi momento ho la possibilità di rivolgere ulteriori domande e chiarimento;
 - in ogni momento, prima dell'accertamento diagnostico, potrò decidere di **REVOCARE** il presente consenso senza pregiudicare il buon rapporto con i medici curanti e che la Casa di Cura Lecco "Beato Luigi Talamoni" prevede un modulo specifico per tale revoca.

Avendo ben compreso quanto mi è stato proposto e descritto

☐ **ACCONSENTO**

☐ **NON ACCONSENTO**

all'accertamento diagnostico sopra indicato

Limitazioni al consenso

Mi è stata anche consegnata copia della Nota Informativa inerente al trattamento proposto ☐ SI ☐ NO

Data Firma del ☐ **PAZIENTE** ☐ genitore(entrambi) ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno

...../...../.....

Firma del parente a supporto

Firma del testimone quando è richiesto

Firma dell'eventuale interprete

(COGNOME NOME E FIRMA)

(COGNOME NOME E FIRMA)

(COGNOME NOME E FIRMA)

.....

.....

.....

.....

Compilazione a cura del Radiologo che esegue l'esame

Data: _____

☐ Si conferma acquisizione consenso somministrazione m.d.c.

☐ Si conferma somministrazione m.d.c.

☐ Non si conferma somministrazione (spazio per motivazione non somministrazione m.d.c.)

.....

.....

Firma del Medico Radiologo