



Questionario e consenso informato al mezzo di contrasto

Per esami di TC e RMN con mezzo di contrasto (MDC). Da compilare prima dell'esame; segnali al personale ogni dubbio.

Cognome e nome

Data di nascita

Esame richiesto

Data dell'esame

Allergie e precedenti reazioni

- | | |
|--|---|
| Allergie a farmaci, alimenti, lattice o altre sostanze? | ☐ Sì ☐ No |
| Allergia nota a mezzi di contrasto (iodati o per risonanza)? | ☐ Sì ☐ No |
| Ha avuto reazioni dopo un precedente esame con mezzo di contrasto? | ☐ Sì ☐ No |
| Soffre di asma bronchiale o di altre malattie allergiche? | ☐ Sì ☐ No |

Condizioni cliniche

- | | |
|--|---|
| Malattie dei reni, insufficienza renale o dialisi? | ☐ Sì ☐ No |
| Diabete? Se sì, assume metformina o altri antidiabetici orali? | ☐ Sì ☐ No |
| Malattie della tiroide (in particolare ipertiroidismo)? | ☐ Sì ☐ No |
| Malattie del cuore o gravi malattie del fegato? | ☐ Sì ☐ No |
| Mieloma o altre malattie del sangue? | ☐ Sì ☐ No |
| È in corso, o possibile, una gravidanza? Sta allattando? | ☐ Sì ☐ No |

Preparazione e documentazione

- | | |
|--|---|
| Ha eseguito gli esami del sangue richiesti (azotemia, glicemia, creatinemia, uricemia, QPE, emocromo, proteina di Bence Jones) e li ha portati con sé? | ☐ Sì ☐ No |
| Ha eseguito la terapia di preparazione prescritta dal Centro (3 giorni) e il digiuno di 8 ore? | ☐ Sì ☐ No |

Farmaci assunti abitualmente

Consenso informato

Dichiaro di essere stato/a informato/a, in modo comprensibile, sulle finalità e sulle modalità dell'esame, sulla somministrazione per via endovenosa del mezzo di contrasto, sui suoi benefici e sui possibili effetti indesiderati, anche rari o gravi, e sulle alternative disponibili; di aver avuto la possibilità di porre domande e di aver ricevuto risposte soddisfacenti; di aver comunicato correttamente le informazioni richieste dal questionario. **Acconsento** all'esecuzione dell'esame con mezzo di contrasto. So di poter revocare il consenso in ogni momento prima della somministrazione.

I dati contenuti nel modulo sono dati sulla salute, trattati dal Centro per finalità di diagnosi e cura e conservati nella documentazione clinica secondo la normativa. Informativa completa su radiologiamazzella.com/privacy-policy/ e in sede.

Data

Firma del paziente (o del legale rappresentante / tutore)

Data

Informazioni fornite da (medico / personale sanitario) – firma