



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE PIEMONTE
AZIENDA REGIONALE A.S.L. 3 TORINO
OSPEDALE MARIA VITTORIA
SERVIZIO DI RADIOLOGIA - TEL. 011 – 43.93.250
Primario Dott. B. MECOZZI

Il Sig. _____ affetto da _____
eseguirà _____

L'indagine è indicata ed insostituibile ai fini diagnostici e di una corretta impostazione della terapia. In ottemperanza alla Nota Ministero Sanità del 17/9/97 sulla utilizzazione dei mezzi di contrasto è indispensabile essere informati sugli elementi anamnestici o clinici relativi a:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| * comprovato rischio allergico a contrasti iodati
o a qualsiasi altra sostanza (specificare) | SI | NO |
| * forme di grave insufficienza epatica o renale
o cardio-vascolare | SI | NO |
| * paraproteinemia o mieloma multiplo | SI | NO |

**SI ALLEGA TUTTA LA DOCUMENTAZIONE (radiografie ed ecografie) INERENTE LA
PATOLOGIA**

FIRMA DEL MEDICO CURANTE

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ESAMI RADIOLOGICI
CON INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO ENDOVENA**

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di essere stato/a esaurientemente informato/a sull'esame radiologico a cui verrò sottoposto/a. Mi è stato spiegato che tale indagine, come accade per tutte le discipline mediche, non è esente da complicanze anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza. Tali complicanze possono assai raramente ed imprevedibilmente risultare fatali (circa 1 caso su 200.000 iniezioni). Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure necessarie e confermo di aver avuto risposte esaurienti.

Torino, li _____

Firma del paziente _____

(genitore o tutore) _____

Timbro e firma del Radiologo