



Fondazione Ospedale e casa di Riposo  
"Nobile Paolo Richiedei"  
Via Richiedei 16, Gussago (BS)  
Servizio di Radiologia  
Tel. 030.2528234

## CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI PROCEDURE DIAGNOSTICHE STRUMENTALI

Io sottoscritto/a .....  
(Nome e Cognome – scrivere in stampatello)

Nato/a a ..... il ..... dichiaro liberamente ed in piena consapevolezza di essere stato informato in modo chiaro e comprensibile in data ..... dal dottor ..... che per la sintomatologia /patologia riscontrata è necessaria l'esecuzione della seguente procedura diagnostica strumentale:  
.....

Mi è stato peraltro precisato che potrebbe essere necessario durante la procedura modificare metodologia e tecnica di conduzione della stessa in rapporto alle valutazioni intraprocedurali; la procedura potrebbe essere interrotta o modificata qualora si verificassero eventi o emergessero condizioni tali da renderne la conduzione secondo le modalità previste eccessivamente rischiosa o inefficace.

Dichiaro di essere stato esaurientemente informato:

- sul medico che eseguirà il trattamento sanitario;
- sulla possibilità di revoca del consenso in ogni momento;
- sulla malattia, sulle indicazioni diagnostiche e terapeutiche;
- sulle altre condizioni morbose che possono influire sul rischio derivante dalla procedura diagnostica proposta;
- sulle caratteristiche della procedura diagnostica strumentale indicata e sui rischi connessi, sul tipo di strumenti usati e sulle eventuali alternative;
- sui rischi connessi/svantaggi derivanti dalla mancata effettuazione della procedura diagnostica indicata.
- sulle indicazioni delle possibilità e delle probabilità, della portata ed estensione dei risultati conseguibili;
- delle conseguenze temporanee e permanenti prevedibili e limitazioni per la vita futura
- di eventuali rischi e complicanze, delle probabilità che avvengano e di come possano esser risolte e modalità di risoluzione;
- che mi è stato consegnato materiale informativo specifico  SI  NO

Firma per accettazione materiale .....

Dichiaro inoltre di aver ottenuto risposte soddisfacenti a tutti i quesiti posti, di aver compreso anche le informazioni che mi sono state date e di avere ricevuto garanzia sulla possibilità di rivolgere, in ogni momento, ulteriori domande al medico responsabile della procedura diagnostica e di essere informato delle eventuali variazioni del programma diagnostico.

Io stesso, in qualsiasi momento potrò decidere di interrompere, per quanto tecnicamente possibile, la procedura diagnostica senza pregiudicare il buon rapporto con i medici curanti.

Avendo compreso chiaramente quanto mi è stato illustrato

acconsento volontariamente                       non acconsento

ad essere sottoposto alla procedura sopra indicata.

Firma del paziente o del rappresentante legale .....

Firma dei genitori in caso di minorenni .....

Firma dell'interprete / mediatore culturale .....

Firma del medico e badge o timbro .....

Data di acquisizione del consenso .....

Dichiaro ulteriormente di essere stato informato del fatto che, qualora nel corso dell'indagine si riscontrasse la presenza di un'altra patologia associata a quella nota, anch'essa trattabile con la procedura in atto il cui rinvio ad altro intervento comporterebbe per me un grave danno potenziale, si potrà decidere di estendere la manovra prevista alla diagnosi/cura della patologia associata riscontrata durante la procedura stessa, previa attenta valutazione del bilancio tra rischi e benefici.

Firma del paziente o del rappresentante legale .....

Firma dei genitori in caso di minorenni .....

Firma dell'interprete / mediatore culturale .....

Firma del medico.....

Eventuale revoca: data ..... Firma .....



Fondazione Ospedale e casa di Riposo  
"Nobile Paolo Richiedei"  
Via Richiedei 16, Gussago (BS)  
Servizio di Radiologia  
Tel. 030.2528234

MODULO PER LA RICHIESTA DI ESAMI CON IMPIEGO DI M.D.C. ORGANOIODATO PER  
VIA INIETTIVA

**All'unità Operativa di Radiologia**

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_ **Nato/a il** \_\_\_\_\_  
Unità operativa di \_\_\_\_\_ Cartella n. \_\_\_\_\_  
Quesito clinico \_\_\_\_\_ Indagine  
richiesta \_\_\_\_\_

**Per un corretto inquadramento clinico - anamnestico è indispensabile segnalare:**

Allergie note ai mezzi di contrasto	si	no
Altre allergie note	si	no
Nefropatia	si	no
Epatopatia	si	no
Cardiopatia	si	no
Epilessia	si	no
Malattia infettiva e/o contagiosa	si	no
Anamnesi per mieloma	si	no
Anamnesi per linfoma	si	no
Trattamento in atto con farmaci: beta-bloccanti,	si	no
interleukina 2,	si	no
biguanidi	si	no

Note (alcool, droghe) \_\_\_\_\_

**Esami da eseguire preliminarmente:** creatininemia (da non ripetere se eseguita nei 3 mesi prec.)

Nel caso in cui le risposte al questionario o le osservazioni del Medico Curante deponessero per la presenza delle patologie sopra ricordate si dovranno anche eseguire:

- epatopatia: Transaminasi, AST, ALT, Elettroforesi sieroproteine, Fosfatasi alcalina.
- nefropatia: Glicemia.
- Sospetta paraproteinemia: Elettroforesi delle sieroproteine con tracciato.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Medico Curante)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Medico Radiologo)

N.B. La consultazione preventiva con l'Anestesista è opportuna nei pazienti a rischio (comprovato rischio allergico, gravi forme di insufficienza epatica o renale o cardio-vascolare, paraproteinemia di Waldestrom o mieloma multiplo)

Consultazione preventiva con l'Anestesista effettuata il \_\_\_\_\_

Lì, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma dell'Anestesista)