



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 .....





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)