

	Modulo di pre-consenso per esami radiologici soggetti a consenso informato <i>(impiego di m.d.c. organo-iodati o m.d.c. paramagnetici per via endovenosa e esami interventistici)</i>	del 01/03/2023
	DIPARTIMENTO DEI SERVIZI Area Omogenea Diagnostica per Immagini	Pagina 1 di 1

**NON VERRANNO ACCETTATE PROPOSTE DI ESAMI PRIVE DEI DATI
RICHIESTI ED IN PARTICOLARE PRIVE DEL QUESITO CLINICO**

PAZIENTE

Cognome..... Nome.....
nato/a il Telefono.....
Medico proponente l'esame Dr. Tel.

QUESITO CLINICO

.....
.....
.....

INDAGINE RICHIESTA.....

Il sottoscritto/a dichiara di essere stato informato dal medico prescrivente riguardo le
indicazione, le modalità di svolgimento e i rischi correlati all'indagine in oggetto, di aver
letto la nota informativa specifica on-line ([http://www.uslumbria1.it/servizi/radiologia-
diagnostica-per-immagini](http://www.uslumbria1.it/servizi/radiologia-diagnostica-per-immagini)) e di acconsentire all'esecuzione dell'esame

Data Firma del Paziente

ANAMNESI PATOLOGICA

Il paziente ha un'anamnesi positiva per:

- | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| ✶ Diabete mellito | Si ☐ | No ☐ |
| ✶ Mieloma multiplo | Si ☐ | No ☐ |
| ✶ Grave insufficienza Epatica | Si ☐ | No ☐ |
| ✶ Grave insufficienza Renale | Si ☐ | No ☐ |
| ✶ Grave insufficienza Cardio-vascolare | Si ☐ | No ☐ |

Il paziente ha un'anamnesi positiva per:

- ✶ **comprovato rischio allergico specifico ai m.d.c. organo-iodati**
Si ☐ No ☐
- ✶ **comprovato rischio allergico aspecifico**
Si ☐ No ☐

Se **SI** specificare

Il paziente è in trattamento con:

- ✶ **β-bloccanti, Biguanidi, Interleukine** Si ☐ No ☐

Data
.....
Timbro e Firma del Medico proponente l'esame