 <p>Sistema Socio Sanitario Dipartimento Cardio Cerebro Vascolare U.O. di RADIOLOGIA</p>	QUESTIONARIO ANAMNESTICO per ESAME RADIOGRAFICO con utilizzo di Mezzo di Contrasto Iodato e CONSENSO INFORMATO	Radio-MS01 Rev.02 27/10/2016 Pag. 1 di 2
---	--	---

NOME e COGNOME del PAZIENTE: _____

DATA di NASCITA: _____

BAR CODE

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Il paziente è affetto da		
Paraproteinemia di Waldenstrom	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Insufficienza epatica grave	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Insufficienza renale grave o moderata	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Mieloma multiplo	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Stati di grave sofferenza del miocardio o insufficienza cardiocircolatoria	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Ipertireosi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Ipersensibilità allo iodio	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Presenza di rilievi anamnestici di natura allergica		
Precedenti reazioni allergiche al mezzo di contrasto	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Precedenti reazioni di tipo anafilattico	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Asma bronchiale	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Dermatite allergica da contatto	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Reazione agli antibiotici betalattamici	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Allergie alimentari	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Altre forme atopiche	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Stato di gravidanza	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Segnalare eventuale trattamento in atto con i seguenti farmaci		
Beta bloccanti	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Biguanidi	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Interleukina 2	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

In presenza di controindicazioni all'utilizzo del mezzo di contrasto contattare la Radiologia per fissare la data di esecuzione dell'esame.

IL MEDICO RICHIEDENTE



Dichiara di aver informato e consegnato le note informative al paziente, di aver insieme compilato il questionario. Si richiede pertanto l'esecuzione dell'esame con mezzo di contrasto.

Data.....Firma e timbro del medico richiedente

IL PAZIENTE

Ritiene di essere stato sufficientemente informato e di aver ricevuto specifiche informazioni scritte e dichiara di aver collaborato alla compilazione del questionario fornendo informazioni corrette e complete .

Data.....Firma del paziente

  <p>Sistema Socio Sanitario Ospedale Maggiore Regione Lombardia ASST Crema</p> <p>Dipartimento Cardio Cerebro Vascolare U.O. di RADIOLOGIA</p>	QUESTIONARIO ANAMNESTICO per ESAME RADIOGRAFICO con utilizzo di Mezzo di Contrasto Iodato e CONSENSO INFORMATO	Radio-MS01 Rev.02 27/10/2016 Pag. 2 di 2
---	--	---

ETICHETTA BARCODE DEL PAZIENTE
 XXXX XXX XX XXX X XXXXXX

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Dichiaro di essere stato esaurientemente informato, attraverso il colloquio con il/ i Dott.

_____ circa

_____ (scrivere patologia o sospetto diagnostico) e:

- acconsento non acconsento

a sottopormi a _____

(riportare procedura diagnostica o terapeutica-specificare sede e lato dell'intervento) e all'eventuale _____ (riportare il consenso ad altri interventi connessi a quello principale).

In particolare dichiaro di aver letto e compreso le informazioni contenute nella **Nota Informativa** _____ (riportare codice) che mi è stata consegnata e spiegata chiaramente in tutti i suoi punti :

- Descrizione del trattamento proposto
- Potenziali benefici e svantaggi
- Possibili rischi e complicanze
- Possibili alternative
- Possibili esiti del non trattamento
- Possibili problemi di recupero

STAMPARE FRONTE / RETRO

Eventuali osservazioni _____

Esprimo pertanto, in maniera libera ed esplicita il mio consenso alla realizzazione del trattamento proposto, consapevole che posso revocare il consenso dato in qualsiasi momento.

Data,/...../.....

Firma del paziente*

Firma dei/del genitori/e o di colui che esercita la potestà genitoriale**

Timbro e firma leggibile del medico _____

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete/mediatore culturale : SI NO

Firma dell'interprete/mediatore culturale _____

Avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di NON ACCONSENTIRE ad essere sottoposto a prestazione sopradescritta, consapevole delle conseguenze derivanti da tale decisione.	
Firma del paziente	Firma del Medico

*Nel caso di paziente interdetto la firma deve essere apposta dal tutore; nel caso di paziente inabilitato la firma deve essere del soggetto inabilitato la cui volontà prevale su quella del curatore.
 **Esprime la volontà in oggetto anche per l'altro genitore (a meno di esplicito dissenso di uno dei genitori, nel qual caso dovrà essere coinvolto il Giudice Tutelare). Nelle ipotesi di affidamento esclusivo l'esercizio della patria potestà spetta alla persona e/o genitore al quale il figlio è affidato.