

Io Sottoscritto/a _____ Nato/a il _____

In qualità di PAZIENTE

oppure

Io Sottoscritto/a _____ Nato/a il _____

Tutore
 Amm.re di Sostegno
 Esercente la responsabilità genitoriale
 Legale rappresentante

identificato da documento _____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____; (allegare la documentazione che indica i poteri del Legale rappresentante / Amministratore di sostegno), stante impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere dell'interessato :

Sig./Sig.ra _____

Dichiaro di essere stato/a informato/a in modo chiaro ed a me comprensibile dal Dott. _____ che per la patologia riscontratami si consiglia e si richiede

INDAGINE CONTRASTOGRAFICA

Ricoverato/a U.O. Ambulatoriale

RACCORDO ANAMNESTICO

QUESITO CLINICO

EVENTUALI MALATTIE NOTE

SI	NO	Insufficienza renale grave
SI	NO	Insufficienza cardio-vascolare grave
SI	NO	Insufficienza epatica grave
SI	NO	Diabete
SI	NO	Anamnesi per mieloma, m. di Waldenstrom

SI	NO	Trattamento in atto con farmaci (Se Si specificare quali)			
		o beta-bloccanti	o biguanidi	o interleuchina	o FANS
		o ciclosporine	o cisplatino	o aminoglicosidi	o Idralazina

SI	NO	Comprovato rischio allergico a mdc o ad altre sostanze	
Se Si specificare		Eventi	
		Sostanze	

CREATININEMIA: valore data esame non anteriore a 60 gg.

Attenzione: se il valore della creatininemia è oltre il limite superiore, il dosaggio deve essere ripetuto entro i sette giorni antecedenti lo data dell'esame e reso disponibile al Medico Radiologo all'atto dell'indagine contrastografica.

Data ____/____/____

FIRMA E TIMBRO DE MEDICO CURANTE PRESCRIVENTE (leggibile) _____

