

	Consenso informato per l'esecuzione di esami con mezzo di contrasto CIAPEEMDC	Rev. 0 CIAPEEMDC DEL 23/02/2010 Pag. 1 di 1
---	--	--

Allegato B.

**CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI
 ESAMI CON MEZZI DI CONTRASTO ORGANO - IODATI PER VIA INIETTIVA
 (da compilarsi a cura del paziente)**

COGNOME NOME

TIPO DI INDAGINE.....

**AVVERTENZE RELATIVE AGLI ESAMI CONTRASTOGRAFICI
 (leggere attentamente)**

Vi informiamo che in seguito ad una richiesta del Vostro medico sarete sottoposti all'esame: _____ che deve essere preceduto dalla somministrazione in vena di M.d.C. iodato necessaria per il completamento dell'esame.

Essendo una sostanza estranea all'organismo ha una sua tossicità, peraltro bassa, su alcuni organi e può non essere tollerata da alcuni pazienti, specie se allergici, che possono andare incontro ad inconvenienti di vario tipo ed entità, il più delle volte di grado lieve ma, seppur raramente, gravi.

Il medico responsabile dell'esame è disposto a fornire al paziente, in maniera più dettagliata, delucidazioni in merito alle informazioni su indicate.

Firma del Medico Radiologo

Firma dell'esecutore dell'esame TSRM

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE

Io sottoscritto dichiaro di essere stato debitamente informato sulla necessità di eseguire l'esame di cui sopra, sulle sue finalità e modalità di esecuzione, e sui rischi connessi;

Accetto di sottopormi all'indagine e accetto le decisioni che possono essere prese per una sua migliore riuscita, cosciente del rischio che l'espletamento dell'esame comporta e libero, comunque, di revocare in qualunque momento il mio consenso.

Rifiuto di sottopormi all'indagine.

Sono a conoscenza che il trattamento dei dati personali di cui alla Legge 31/12/1996 n° 665 (Legge sulla Privacy) avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge.

Data _____ Firma Paziente _____