



Allegato A
(Rev. 2007)

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO

ALL'ESECUZIONE DI ESAMI CONTRASTOGRAFICI PER VIA INIETTIVA

Gentile paziente,

Il medico che La segue ha ritenuto opportuno sottoporLa ad un esame radiologico che prevede l'iniezione del mezzo di contrasto iodato in vena, utile a definire il Suo quadro clinico.

Il mezzo di contrasto permette una migliore visualizzazione degli organi interni sospetti di patologia sfruttando immagini radiografiche ottenute con l'uso di raggi X (urografia) o attraverso l'elaborazione dei dati ottenuti dagli stessi al computer (TAC).

Questi mezzi di contrasto utilizzati da decenni in milioni di persone hanno migliorato la loro tollerabilità nel corso degli anni essendo oggi prodotti sicuri ma non totalmente esenti da reazioni avverse, che possono essere:

1. tossicità d'organo (renale, cardio-vascolare, metaboliche), qualora vi siano alterazioni preesistenti
2. reazioni imprevedibili:
 - da **lievi** (nausea, reazioni cutanee localizzate) più frequenti (1%), che non richiedono terapia
 - a **gravi** (shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-respiratorio) che richiedono l'intervento tempestivo del rianimatore e che in casi eccezionali possono portare a decesso (1/90.000)

EVENTUALI PRE-TRATTAMENTI FARMACOLOGICI NON PREVENGONO IN VIA ASSOLUTA I RISCHI SOPRA CITATI

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE

Il sottoscritto nato il

DICHIARA

di essere stato informato in modo esauriente e comprensibile sull'indicazione clinica dell'esame, sulle sue finalità e modalità di esecuzione.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato degli effetti collaterali e secondari che possono derivare dall'uso del mezzo di contrasto per via iniettiva e di aver ricevuto esauriente risposta ai quesiti posti al Medico.

- ACCETTO** di sottopormi all'indagine proposta
- RIFIUTO** di sottopormi all'indagine proposta

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

Firma del Medico Curante

Firma del paziente/tutore

.....

.....

Firma del MEDICO RADIOLOGO

.....

Data