

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_

Quesito clinico \_\_\_\_\_

Distretto da esaminare \_\_\_\_\_

**Esami di laboratorio necessario per il corretto svolgimento dell'esame:  
Azotemia-Glicemia-Creatinemia-QSP ed Esame urine con ricerca di Bence Jones .**

Per la corretta valutazione clinico-anamnestica è indispensabile conoscere dati relativi a :

|  |  |    |    |
|--|--|----|----|
| Allergie*  |  | SI | NO |
| *Specificare quale Allergia                          |  | SI | NO |
| Insufficienza epatica grave                          |  | SI | NO |
| Insufficienza renale grave                           |  | SI | NO |
| Insufficienza cardio-vascolare grave                 |  | SI | NO |
| Anamnesi per mieloma o paraproteinemia di Weldestrom |  | SI | NO |
| Pregressi interventi clinici                         |  | SI | NO |
| Specificare gli interventichirurgici                 |  | SI | NO |

Firma del Medico curante

\_\_\_\_\_

Ai sensi della circolare del M.d.S. del 17/09/1977, preso atto delle informazioni assunte direttamente dal paziente, dei dati clinici anamnestici raccolti dal Medico Curante, del quesito clinico e dell'indagine richiesta, si ritiene di procedere all'esame di

\_\_\_\_\_ con il mezzo di contrasto.

Firma del Medico Neuroradiologo

\_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO**

Informato dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimento e delle eventuali complicanze e rischi connessi con l'esecuzione dell'indagine il paziente, ampiamente soddisfatto delle informazioni e dei chiarimenti ricevuti, dichiara di acconsentire allo svolgimento dell'esame con il mezzo di contrasto

Firma del Paziente o del titolare del consenso

\_\_\_\_\_