

PRESIDIO OSPEDALIERO "SS GONFALONE" MONTEROTONDO

Servizio di DIAGNOSTICA per IMMAGINI - Responsabile Dr. Luciano Penniello

MODULO RICHIESTA PER ESAMI RADIOLOGICI CON MEZZI DI CONTRASTO IODATI

(Nota Ministero Sanità 17.09.1997)

Si richiede per il/la Sig/a _____ nato il _____ a _____

Residente in _____ Via _____ tel _____

Il seguente esame _____

Indicazione e quesito diagnostico _____

Esami eseguiti preventivamente:

ELETTROCARDIOGRAMMA, GLICEMIA, CREATINEMIA, PROTIDOGRAMMA ELETTROFORETICO, COLONESTERASI.

Valutazioni Clinico/Anamnestiche:

comprovato rischio allergico a contrasti iodati o ad altre sostanze -->

NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

forme di grave insufficienza renale, epatica o cardiovascolare ----->

NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

diabete, paraproteinemie ----->

NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

Note su assunzione di (alcool, droghe, farmaci biguanidi, interleukine, betabloccanti):

Data _____

Il Medico Richiedente _____

VALUTAZIONE ANAMNESTICA _____

RICHIESTA CONSULTO ANESTESISTA

SI	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>

RICHIESTA DI ACCERTAMENTI SUPPLETIVI

Data _____

Il Medico Radiologo _____

Parere anestesista: _____

Data _____

Il Medico Anestesista _____

ACCETTAZIONE ESAME

SI	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

SOSTITUZIONE ESAME PROPOSTO CON ALTRO

TIPO DI ESAME SOSTITUTIVO _____

Il Medico Radiologo _____

Il sottoscritto _____, informato dell'indicazione all'indagine e degli eventuali rischi ad essa connessi, dichiara di acconsentire allo svolgimento dell'indagine proposta.

Data _____

Il paziente _____