

	Istituto nazionale per la ricerca sul cancro Genova - Italia	S.C. Diagnostica per Immagini	Cod. MO-DPI-Pren Tac
		MODULO RICHIESTA ESAMI RADIOLOGICI	

MODULO RICHIESTA ESAMI RADIOLOGICI CON M.D.C. IODATO e.v.	DATA : Timbro del reparto richiedente
--	--

<input type="checkbox"/> Ricoverato <input type="checkbox"/> D.H. n°..... <input type="checkbox"/> Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Protocollo n° Metodo di misurazione	Cognome _____ Nome _____ Recapito telefonico: _____
---	---

ESAME TC: Encefalo [] Collo [] Torace [] Addome Sup. [] Addome inf. []

Altro esame:

Per procedere all'esame con mdc iodato devono essere effettuate le seguenti valutazioni clinico-anamnestiche:
(nota del ministero della sanità del 17/9/97 sull'utilizzo dei mdc)

Comprovato rischio allergico a mdc o ad altre sostanze		SI	NO
Insufficienza renale	SI NO	Insufficienza cardio-vascolare grave	SI NO
Insufficienza epatica grave	SI NO	Ipertiroidismo	SI NO
Stato di gravidanza	SI NO		
Diabete			SI NO
Anamnesi per mieloma o paraproteinemie			SI NO
Treatmento in atto con farmaci (beta-bloccanti, biguanidi o interleuchina) (Se SI specificare:)			SI NO

Anamnesi

Quesito diagnostico

Consenso informato all'indagine ed all'uso di mezzo di contrasto iodato per via iniettiva:

Essendo stato\sa esaurientemente informato\sa dell'utilità e dei rischi dell'indagine e dell'utilizzo del m.d.c. organo-iodato per via iniettiva, dichiaro:

a) di acconsentire allo svolgimento dell'indagine.
 b) di non essere stato in gravidanza se donna in età fertile

GENOVA, li _____ Firma del paziente _____

GENOVA,	TIMBRO PERSONALE e firma del medico richiedente/curante:
---------------	---