

**AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE S.MARTINO E CLINICHE UNIVERSITARIE CONVENZIONATE
MODULO DI RICHIESTA PER ESAME RADIOLOGICO CON MEZZO DI CONTRASTO**

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

Cognome: Nome: Data di nascita/...../.....

ESAME: Data richiesta:/...../.....

SEDE ESAME

BREVE RELAZIONE CLINICA

.....

.....

MOTIVATE INDICAZIONI ALL'ESAME

.....

.....

POSITIVITA' SIEROLOGICHE

Epatite A []

Epatite B []

Epatite C []

HIV []

Tale esame è indispensabile per la diagnosi. Non si dimostrano controindicazioni alla sua esecuzione.
Il paziente è stato edotto ed accetta gli eventuali rischi. Non esistono diatesi allergiche.

Firma del Medico Richiedente

.....

telefono/cell.

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI (D. Lgs.vo n. 196 del 30 giugno 2003)

Ai sensi dell'articolo 13 della legge in oggetto La informiamo che l'Azienda tratterà i Suoi dati personali e sul Suo stato di salute. La raccolta dei dati è necessaria all'esecuzione delle prestazioni diagnostiche. Titolare del relativo trattamento è l'AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE S.MARTINO E CLINICHE UNIVERSITARIE CONVENZIONATE. I Suoi dati potranno essere comunicati e diffusi a terzi, compresi i familiari, solo ed esclusivamente nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, compiti e finalità previste nei punti 1 e 5 dell'Autorizzazione dell'Autorità Garante del 29/11/1997. I sistemi informatici da noi adottati sono idonei a tale compito. La informiamo inoltre che il mancato consenso al trattamento dei Suoi dati impedirà l'esecuzione dell'indagine diagnostica richiesta.

CONSENSO INFORMATO ALL'USO DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO PER VIA INIETTIVA

Dichiaro di essere stato esaurientemente informato dal mio Medico Curante o Medico del Servizio di Radiologia e di Neuroradiologia dei rischi connessi all'uso endovenoso dei MdC iodati e acconsento al loro impiego qualora nel corso dell'indagine il Medico responsabile lo riterrà opportuno ai fini diagnostici. Sono stato informato dei rischi derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti. Sono stato informato dal Medico Radiologo e Neuroradiologo che la dose sia di MdC iodato che di esposizione alle radiazioni ionizzanti sarà la più bassa possibile, sempre in considerazione del quesito diagnostico e del rapporto rischio-beneficio dell'esame medesimo.

**Per le donne in età fertile è indispensabile la consapevolezza di non essere in stato di gravidanza,
ed è comunque preferibile eseguire l'esame nei primi 10 giorni dall'inizio del ciclo mestruale.**

IL SOTTOSCRITTO dichiara di:

- essere stato esaurientemente informato in merito all'uso del MdC iodato per via iniettiva
- accettare che i suoi dati personali anche idonei a rivelare lo stato di salute siano oggetto di elaborazione
- accettare che l'Azienda Ospedaliera possa comunicare a terzi i dati stessi nei limiti previsti dalla Legge.

Genova,/...../.....

Firma del Paziente