

**AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE S.MARTINO E CLINICHE UNIVERSITARIE CONVENZIONATE
SERVIZIO DI NEURORADIOLOGIA DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA**

Responsabile: Dr. Lucio Castellan

Tel: 5552262-2292-2610

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

ESAME TC

(barrare una sola opzione)

Encefalo [] **Sella** [] **Rocche petrose** [] **Orbite** [] **Base cranica** [] **Seni paranasali** [] **Rinofaringe** []
Giunzione cranio-vertebrale [] **Cervicale** (spazi;.....;.....) [] **Dorsale** (spazi;.....;.....) []
Lombare (spazi;.....;.....) [] **Angio - TC** [] **Altro** []

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 famigliari, 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 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 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

IL SOTTOSCRITTO dichiara di:

- essere stato esaurientemente informato in merito all'uso del MdC iodato
- accettare che i suoi dati personali anche riguardanti 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

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MdC IODATI

(da compilarsi a cura del Medico Curante)

Motivo dell'esame:

.....

Anamnesi allergologica

Precedenti di asma	SI [] NO []	Eczema, dermatite atopica, orticaria	SI [] NO []
Rinite, congiuntivite, laringite allergica	SI [] NO []	Edema di Quincke, shock anafilattico	SI [] NO []
Allergia ai farmaci	SI [] NO []		
Se si quali

Anamnesi patologica

Diabete	SI [] NO []	Insufficienza respiratoria	SI [] NO []	Insufficienza cardiaca	SI [] NO []
Insufficienza epatica	SI [] NO []	Insufficienza renale	SI [] NO []	Malattie ematologiche	SI [] NO []
Positività sierologica	Epatite A [] B [] C [] HIV []		SI [] NO []	Malattie ematologiche	SI [] NO []

Il sottoscritto/a Dr. Dr.ssa dichiara di non aver riscontrato significative controindicazioni nel Paziente in oggetto di questa richiesta alla somministrazione per via endovenosa di MdC iodato, qualora il Medico responsabile dell'indagine lo reputi necessario per fini diagnostici.

Timbro e firma del Medico Curante