

## CONSENSO INFORMATO

### INIEZIONE ENDOVENA DI MEZZO DI CONTRASTO

DATA.....

IL/LA PAZIENTE .....

NATO/A A ..... IL .....

RESIDENTE ..... TEL .....

Gentile Paziente, il suo medico curante Le ha prescritto una indagine radiografica da eseguire con iniezione di mezzo di contrasto per via endovenosa. Tale sostanza ci permetterà di studiare bene alcuni suoi organi interni e ci faciliterà nella diagnosi corretta. I mezzi di contrasto, oggi, sono notevolmente sicuri; purtroppo qualche volta possono provocare delle reazioni indesiderate. Pertanto, se durante l'iniezione Lei dovesse avvertire qualche fastidio (nausea, conati di vomito, dolore, prurito, bruciori, difficoltà respiratoria...), La preghiamo di chiamare subito il medico che comunque Le sarà vicino. Tutti i rimedi per risolvere questi momentanei fastidi saranno attuati immediatamente. Lo shock anafilattico è la complicanza più rara che potrebbe capitare e richiedere l'intervento immediato del rianimatore, che presso questa Casa di Cura è disponibile sempre. Se ha domande da fare o vuole ulteriori informazioni sull'esame che si appresta a praticare, La preghiamo di rivolgersi al medico di questo Servizio di Radiologia che sarà a Sua disposizione per risolvere qualsiasi dubbio.

#### SUSSISTONO EVENTUALI DIATESI ALLERGICHE?

☐ SÌ

☐ NO

#### IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA HA PRATICATO LA TERAPIA DESENSIBILIZZANTE?

☐ SÌ

☐ NO

#### È STATO INFORMATO CIRCA EVENTUALI DIATESI ALLERGICHE?

☐ SÌ

☐ NO

Consapevolmente Acconsento a procedere negli accertamenti richiesti - Firma del Paziente

.....

Dichiaro sotto la mia responsabilità di non allattare e di non essere in stato di presunta ed accertata gravidanza, per motivi impugnabili - Firma del Paziente

.....

Spazio riservato al Medico Anestesista      Tipo somministrazione      ☐ OS    ☐ ENDOVENA

#### Farmaci somministrati

TIPO	QUANTITÀ	N° LOTTO
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....