

Anamnesi e consenso informato all'esecuzione della TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) CON E SENZA mezzo di contrasto (MdC)

spazio etichetta di
riconoscimento Utente

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

(Dati identificativi del paziente)

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____

Sesso (M/F) _____ telefono _____ **Peso.....(Kg) Altezza.....(cm)**

Se paziente donna in età fertile:

➤ **è in stato di gravidanza o pensa di esserlo?** SI NO **ultime mestruazioni avvenute:** data.....
(se "SI" si procede con la somministrazione della "Scheda informativa esecuzione di esami diagnostici radiologici in gravidanza RX, TC o RM" (MOD48 PT DSAN CONS NRX GRAVID).

➤ **sta allattando** al seno? SI NO
(se "SI" si procede con la somministrazione della "Informativa per la somministrazione di MdC per RM e TC in donne che allattano al seno" (MOD49 PT DSAN CONS NRX ALLATT)

➔ Data _____ ora _____

(FIRMA DEL PAZIENTE/ENTRAMBI I GENITORI/TUTORE LEGALE)

(compilare solo in caso di esecuzione di TC con mezzo di contrasto)

- Asma SI NO
- Precedenti allergie SI NO
(se "sì", a che cosa.....
se "sì": vedere modulo per premedicazione previa somministrazione di MdC)
- Reazioni da precedenti esami contrastografici SI NO
(se "sì", avvisare il Medico Curante cui va fornita l'informativa per la preparazione all'esame TC ed RM con mezzi di contrasto e il Medico Neuroradiologo)
- Patologie tiroidee SI NO
(se "sì": ipertiroidismo ipotiroidismo.
Se **"ipertiroidismo"** necessaria consulenza endocrinologica previa somministrazione di MdC)
- Valore creatininemia (mg/dl)
- Turbe cardiovascolari SI NO
- Turbe del ritmo SI NO
- Ischemia del miocardio SI NO
- Sovraccarico cardiaco SI NO
- Nefropatie con insufficienza renale SI NO
(se "sì": necessaria consulenza nefrologica previa somministrazione di MdC)
- Mieloma – sindrome di Waldenstrom SI NO
- Diabete mellito SI NO
(se "sì" si procede con la somministrazione della "Informativa per pazienti diabetici che devono eseguire esami con Mezzo di Contrasto (MDC) in endovena (EV)" MOD05bis PT DSAN CONS TC)

(solo per i pazienti ricoverati)

Data _____ Timbro e firma del Medico Clinico

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame, verificato il questionario anamnestico, preso atto delle risposte fornite dal paziente, autorizza l'esecuzione dell'esame.

Timbro e Firma del Medico Radiologo

Anamnesi e consenso informato all'esecuzione della TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) CON E SENZA mezzo di contrasto (MdC)

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO (MdC)

Il/la/i sottoscritto/a/i,

Cognome _____ **Nome** _____ nato/a il _____

(In caso di paziente minore o incapace, dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari)

Cognome _____ **Nome** _____

nato a _____ il _____ in qualità di _____ del paziente

Cognome _____ **Nome** _____

nato a _____ il _____ in qualità di _____ del paziente

➤ reso/a/i consapevole/i:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali e seguiti i processi di giustificazione e ottimizzazione;
 - della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;
 - dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.
- presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto (*Scheda Informativa sulla Tomografia Computerizzata (TC) con e senza MdC - MOD05ter PT DSan CONS TC*) e delle specifiche informative sopra citate;
- valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

DICHIARO/IAMO

di essere stato/i adeguatamente e compiutamente informato/i dal Medico Radiologo in relazione all'indicazione clinica, all'utilità, alla modalità di realizzazione dell'indagine diagnostica richiesta e ai rischi connessi con l'introduzione in circolo per via endovenosa del mezzo di contrasto paramagnetico necessario per l'esame TC, di avere avuto modo di chiarire eventuali dubbi, di aver compreso tali informazioni e pertanto di sottopormi/sottoporre il paziente consapevolmente all'indagine.

ACCONSENTO A SOTTOPORMI ALL'ESAME TC SI NO

➔ Data _____ ora _____
(FIRMA DEL PAZIENTE/ENTRAMBI I GENITORI/TUTORE LEGALE)

Timbro e Firma del Medico Radiologo

(eventuale) Cognome e Nome Intermediario linguistico Firma.....

ACCETTO RIFIUTO LA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO (MdC)

➔ Data _____ ora _____
(FIRMA DEL PAZIENTE/ENTRAMBI I GENITORI/TUTORE LEGALE)

Timbro e Firma del Medico Radiologo

(eventuale) Cognome e Nome Intermediario linguistico Firma.....

Il sottoscritto/ain data..... alle ore.....

REVOCA IL CONSENSO

all'esame TC alla somministrazione del mezzo di contrasto (MdC)

Firma del Paziente/genitore/Rappresentante Legale

Per presa d'atto, Timbro e firma del medico Radiologo.....