

**INFORMATIVA ALLA PAZIENTE PER L'ESECUZIONE
DI ESAMI DIAGNOSTICI DI RADIOLOGIA MEDICA E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO**

Cognome	Nome
Luogo e data di nascita	
Medico curante richiedente	Esame richiesto
Motivo dell'indagine	
.....	
.....	

Io sottoscritta, perfettamente in grado di intendere e di volere l'atto medico richiesto, dichiaro di essere esaurientemente informata sul tipo di procedura alla quale verrò sottoposta, consistente in:

.....

Mi sono stati spiegati in modo chiaro e per me comprensibili i rischi generici inerenti tale pratica e quelli specifici del caso, a fronte dei benefici che ne potrò ricevere.

Mi è stato, altresì, spiegato che può essere necessaria l'eventuale induzione per via venosa di un prodotto terapeutico e/o di un prodotto iodato (mezzo di contrasto).

In particolare il mezzo di contrasto può, in un modesto numero di casi, provocare qualche disturbo di scarsa entità, come sensazione di calore, nausea, orticaria, vomito, a rapida risoluzione e facilmente controllabile.

Molto raramente ed in maniera imprevedibile, possono manifestarsi disturbi importanti (difficoltà nel respirare, palpitazioni, tremori) che devono essere trattati immediatamente con idonea terapia. Sono stata, infine, informata che oltre al medico radiologo vi è pronta disponibilità di un medico anestesista rianimatore per un completo controllo di eventuali disturbi.

In piena coscienza accetto, sin da ora, ogni modifica terapeutica e di tecnica concordata, qualora se ne presentasse la necessità e le mie condizioni psicofisiche non mi consentissero di esprimere un nuovo consenso, come pure mi riservo di revocare, anche all'ultimo momento, tale consenso.

Cassino,

Firma della paziente

Cassino,

Firma del medico radiologo