



**Consenso Informato relativo alla
somministrazione per via iniettiva di
m.d.c. iodato non ionico**

**M0903-2
del 12/02/2011
Pag. 2 di 4**

Estratto e in parte modificato da BUR EMR 29-05-2001 N. 69

**DICHIARAZIONE ANAMNESTICA PER L'USO DI MEZZO DI
CONTRASTO**

Dichiarazione anamnestica del Medico richiedente Ospedaliero attestante l'esistenza o meno di condizioni patologiche che possono favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medico grave in seguito all'introduzione del mezzo di contrasto.

Si certifica che

Il

Sig./ra _____

Data di
nascita _____

**NON PRESENTA ALL'ANAMNESI CONDIZIONI CLINICAMENTE
ACCERTABILI CHE CONTROINDICHINO L'INDAGINE RICHIESTA**

**PRESENTA I SEGUENTI PARTICOLARI ANAMNESTICI CHE
RICHIEDONO UN'ATTENTA VALUTAZIONE SULL'OPPORTUNITA' DI
ESEGUIRE L'INDAGINE RICHIESTA, RICORRENDO EVENTUALMENTE
A METODICHE ALTERNATIVE (L.230/95)**

- Precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzi di contrasto
- Altre precedenti reazioni allergiche (comprovato rischio allergico)
- Presenza di condizioni patologiche che possono favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione del mezzo di contrasto:
 - Grave insufficienza renale
 - Grave insufficienza epatica
 - Grave insufficienza cardiaca
 - Paraproteinemia di Waldestrom
 - Mieloma multiplo

In presenza di pazienti a rischio epatico, cardiologico e renale o nel sospetto clinico di una qualsiasi patologia mielomatosa, o qualora sia previsto l'uso di mezzi di contrasto iperosmolarionici, è indicato procedere ai seguenti accertamenti (creatininemia, glicemia, transaminasi, bilirubina,

proteinemia totale elettroforesi -rapporto kappa-lambda-, determinazione della proteinuria di Bence Jones.

L'assenza di segnalazioni da parte del medico Richiedente delle sopraelencate controindicazioni all'esecuzione dell'esame contrastografico, verrà considerata come risposta negativa.

Data _____

Timbro e Firma Medico di Medicina Generale o
Medico di Reparto