

|                                                                                                |                                                                                                                                          |                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>ASST Ovest Milanese</b><br>SC Radiologia e Diagnostica<br>per Immagini<br>Legnano e Magenta | <b>MODULO DI CONSENSO INFORMATO INDAGINI<br/> ENDOCAVITARIE CON MEZZO DI CONTRASTO<br/> ORGANO-IODATO</b><br>L. 219 del 22 Dicembre 2017 | MAC10<br>Rev 2<br>Maggio 2024<br>Pagina 1 di 2 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|

## DICHIARAZIONE ANAMNESTICA DEL PAZIENTE

(a cura del Medico MMG/SPECIALISTA)

L'esame a cui sarà sottoposto permette lo studio di organi non visualizzabili direttamente. L'indagine radiologica viene espletata previa iniezione endocavitaria di mezzo di contrasto organo-iodato.

**RISCHI ed EVENTUALI COMPLICANZE:** La somministrazione endocavitaria di tali sostanze non determina di norma effetti secondari, se non sensazione modesta di fastidio nella sede di introduzione del mezzo di contrasto, riconducibile al mezzo di somministrazione utilizzato (ago, catetere o sonda). È possibile, seppure con carattere assolutamente eccezionale e senza che sia possibile prevederne la comparsa, l'insorgenza di disturbi più gravi, eccezionalmente pericolosi per la vita (reazioni di tipo anafilattico), per i quali verranno prestate immediate ed opportune cure mediche.

COGNOME ..... NOME .....

DATA DI NASCITA ..... PESO .....

**Pregresse reazioni avverse ai mezzi di contrasto?**

☐ **SI**  
☐ **NO**

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Medico MMG/SPECIALISTA  
(Timbro e Firma)

OSSERVAZIONI AGGIUNTIVE .....

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO

**Il sottoscritto Dr. ....dichiara**, sotto la propria responsabilità, di avere fornito informazioni complete e comprensibili al Sig. /Sig.ra

**Nome Cognome**.....nato/a..... il ...../...../.....

**Persona di fiducia (\*)**.....nato/a..... il ...../...../.....

☐ per il tramite di **mediatore culturale (\*\*)**

In merito alla necessità di sottoporsi a:

☐ **Cistografia retrograda** ☐ **Isterosalpingografia**  
☐ **Uretrografia retrograda** ☐ **Colon TC**

In base alle informazioni e/o alla Documentazione raccolta sullo stato di salute del paziente, l'interessato è stato informato su:

- |                                                                                                       |                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| ✓ Condizioni cliniche/ motivazioni che rendono necessario l'atto sanitario proposto                   | ✓ Eventuali modalità di recupero e guarigione                               |
| ✓ Scopo e Modalità di esecuzione dell'atto sanitario proposto;                                        | ✓ Probabilità di successo                                                   |
| ✓ Benefici e vantaggi derivanti dalla sua esecuzione                                                  | ✓ Possibili alternative                                                     |
| ✓ Potenziali effetti collaterali e/o inconvenienti                                                    | ✓ Difficoltà e/o problemi che possono derivare dalla sua mancata esecuzione |
| ✓ Controindicazioni, possibili complicanze e rischi                                                   | ✓ Professionisti sanitari cui rivolgersi per ulteriori informazioni         |
| ✓ Possibilità di rifiutare l'atto sanitario, ovvero di revocare successivamente il consenso informato |                                                                             |

Sono state inoltre fornite le seguenti informazioni:.....

(\*) In caso di indicazione di persona di fiducia registrare quest'ultima nella sezione dedicata a pagina 2.

(\*\*) In caso di presenza di mediatore culturale registrare quest'ultimo nella sezione dedicata a pagina 2

|                                                                                            |                                                                                                                                                          |                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>ASST Ovest Milanese</b><br>Dipartimento dei Servizi<br>e di Diagnostica per<br>Immagini | <b>MODULO DI CONSENSO INFORMATO INDAGINI<br/>         ENDOCAVITARIE CON MEZZO DI CONTRASTO<br/>         ORGANO-IODATO</b><br>L. 219 del 22 Dicembre 2017 | MAC10<br>Rev 2<br>Maggio 2024<br>Pagina 2 di 2 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|

.....  
 A integrazione dell'informazione fornita è stato consegnato il seguente specifico **materiale informativo**:  
 .....

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Firma e timbro del Medico:** .....

**Io sottoscritto/a Sig./Sig.ra (\*)** .....**dichiaro**, in modo consapevole, di:

- ✓ aver ricevuto informazioni dettagliate in merito all'atto sanitario proposto;
- ✓ aver compreso le informazioni fornitemi dal Medico;
- ✓ essere stato informato della possibilità di rifiutare l'atto sanitario;
- ✓ essere stato informato che in qualsiasi momento posso chiedere ulteriori chiarimenti delucidazioni;
- ✓ essere stato informato che in qualsiasi momento posso revocare il consenso informato;
- ✓ aver ricevuto e compreso lo specifico materiale informativo, sopra indicato, a integrazione dell'informazione fornita.

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Firma del Paziente o persona di sua fiducia (\*)**.....

In base alle informazioni ricevute, in piena consapevolezza e libertà decisionale esprimo:

☐ **CONSENSO**   ☐ **DISSENSO**   alla procedura di cui sopra

**Data:** ...../...../..... **Firma del Paziente** o persona di sua fiducia (\*).....

**Firma del MEDICO RADIOLOGO**  
 (Resp. Dell'esecuzione dell'esame)  
 .....

**In Data:** ...../...../..... il Paziente o persona di sua fiducia (\*) **REVOCA** il proprio consenso alla procedura di cui sopra.  
**Firma e timbro del Medico**.....  
**Firma del Paziente** o persona di sua fiducia (\*).....

**\*SEZIONE INDICAZIONE PERSONA DI FIDUCIA (comma 2, art.1 Legge 219/2017)**

Con la presente, il/la sottoscritto/a **Sig./Sig.ra** .....  
 a fronte della possibilità di delegare una persona, indica il Sig. / la Sig.ra:

.....  
 quale incaricato di ricevere le informazioni relative all'atto sanitario proposto ed esprimere il consenso/dissenso informato in sua vece.

**Documento** della persona di fiducia ..... **n.** .....  
**Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Firma** .....  
 (il paziente)

*(Allegare la fotocopia del documento d'identità della persona di fiducia)*

**\*\*SEZIONE INDICAZIONE MEDIATORE CULTURALE**

Il/ La Sottoscritto/ a.....  
 (cognome e nome)

in qualità di mediatore culturale, attesta di aver rappresentato in modo esaustivo le informazioni rese dal sanitario

**Documento** del mediatore culturale ..... **n.** .....

**Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Firma** .....  
 (il mediatore culturale)

*(Allegare la fotocopia del documento d'identità del mediatore culturale)*