

DICHIARAZIONE ANAMNESTICA DEL PAZIENTE

(a cura del Medico MMG/SPECIALISTA)

In conformità alla Circolare del Ministero della Sanità del 17/07/1997 sull'utilizzo del mezzo di contrasto, al documento di consenso SIBioC-SIRM (biochimica clinica, 2014, vol.38, n.2), alle linee guida ESUR, ACR e alla comunicazione di sicurezza AIFA 07/07/2020, per ottimizzare le condizioni di esecuzione dell'esame e la corretta valutazione dei rischi è indispensabile essere a conoscenza delle seguenti informazioni:

COGNOME NOME
DATA DI NASCITA PESO

- **INTERVENTI CHIRURGICI** ☐ NO ☐ SI TIPO
- **CHEMIOTERAPIA** recente ☐ NO ☐ SI
- **RADIOTERAPIA** recente ☐ NO ☐ SI
- **MARCATORI TUMORALI**
- **PRECEDENTI ESAMI** ☐ TC ☐ RM ☐ PET/TC ☐ ALTRO

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Pregresse reazioni avverse ai mdc iodati | ☐ NO | ☐ SI |
| Ipertiroidismo conclamato | ☐ NO | ☐ SI |
| Asma instabile | ☐ NO | ☐ SI |
| Orticaria / angioedema ricorrente/ mastocitosi | ☐ NO | ☐ SI |
| Diatesi allergica (multiple allergie a diverse sostanze) | ☐ NO | ☐ SI |
| Anafilassi idiopatica | ☐ NO | ☐ SI |
| Allergia in atto | ☐ NO | ☐ SI |
| Insufficienza cardio-vascolare | ☐ NO | ☐ SI |
| Diabete mellito | ☐ NO | ☐ SI |
| Il Paziente è attualmente in trattamento con uno dei seguenti farmaci: | | |
| - Interleuchina 2 | ☐ NO | ☐ SI |
| - FANS | ☐ NO | ☐ SI |
| - Aminoglicosidi | ☐ NO | ☐ SI |
| - B – bloccanti | ☐ NO | ☐ SI |
| - Metformina | ☐ NO | ☐ SI |

Data: _____

Firma del Medico MMG/SPECIALISTA
(Timbro e Firma)

ASST Ovest Milanese SC Radiologia e Diagnostica per Immagini Legnano e Magenta	MODULO DI CONSENSO INFORMATO INDAGINI ENDOVASALI CON MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO L. 219 del 22 Dicembre 2017	MAC09 Rev 2 Maggio 2024 Pagina 2 di 3
--	--	--

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 sopprimersi a:

Tomografia computerizzata ☐

Mammografia CEM ☐

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 | |

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

(Indicare i riferimenti identificativi del materiale fornito)

Data: ____/____/____ Firma e timbro del Medico:

Io sottoscritto 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 caso di indicazione di persona di fiducia registrare quest'ultima nella sezione dedicata a pagina 3

(**) In caso di presenza di mediatore culturale registrare quest'ultimo nella sezione dedicata a pagina 3

ASST Ovest Milanese SC Radiologia e Diagnostica per Immagini Legnano e Magenta	MODULO DI CONSENSO INFORMATO INDAGINI ENDOVASALI CON MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO L. 219 del 22 Dicembre 2017	MAC 09 Rev 2 Maggio 2024 Pagina 3 di 3
--	---	---

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 all'atto sanitario 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 L. 2019/2017):

Con la presente, il sottoscritto **Sig./Sig.ra**.....

A fronte della possibilità di delegare una persona indica il Sig. / 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 MEDIATORE CULTURALE ()**

Il Sottoscritto.....
(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)