



AUTORIZZAZIONE ALL'ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO IODATO PER VIA INIETTIVA E CONSENSO

Data _____	
Nome e Cognome _____ II: _____	
Nato a: _____	
ESAME RICHIESTO _____	
INDICAZIONI:	
Anamnesi positiva per reazioni allergiche o per asma allergico:	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> alle seguenti sostanze: con le seguenti manifestazioni:
Forme di grave insufficienza:	Epatica <input type="checkbox"/> _____ cardiovascolare <input type="checkbox"/> _____ renale <input type="checkbox"/> _____
Diabete <input type="checkbox"/>	_____
Paraproteinemie <input type="checkbox"/>	_____
Feocromocitoma <input type="checkbox"/>	_____
Attuale terapia con i seguenti farmaci:	Biguanidi <input type="checkbox"/> _____ Interleukina 2 <input type="checkbox"/> _____ β -bloccanti <input type="checkbox"/> _____ α -bloccanti <input type="checkbox"/> _____
Data _____ / _____ / _____	Il Medico Richiedente (timbro e firma) _____

► A DIGIUNO DA ALMENO 6 ORE

CONSENSO INFORMATO	
Informato dell'indicazione all'indagine e degli eventuali rischi, il paziente dichiara di acconsentire allo svolgimento dell'esame	
Data _____ / _____ / _____	il paziente _____