

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO
(a cura del medico richiedente)

PAZIENTE Cognome Nome

 Data di nascita N° telefonico

 Provenienza: ESTERNO INTERNO (indicare l'U.O.).....

 Peso Kg Creatinina data esame

VALUTAZIONE CLINICO-ANAMNESTICA

Comprovato rischio allergico mdc o altro (se si seguire schema di pre-trattamento)	Si	No
Grave insufficienza renale (se si seguire schema di pre-trattamento)	Si	No
Digiuno	Si	No
Asma	Si	No
Claustrofobia	Si	No

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE

Pacemaker	Si	No
Dispositivi elettromeccanici*	Si	No
Clips vascolari ferromagnetiche*	Si	No
Impianti cocleari*	Si	No
Anemia falciforme	Si	No
Corpi estranei ferromagnetici	Si	No
Altre protesi	Si	No

CONTROINDICAZIONI RELATIVE

Clips o altri dispositivi non ferromagnetici	Si	No
Filtri, stent e spirali endovascolari*.....	Si	No
Protesi del cristallino*	Si	No
Protesi ortopediche metalliche*	Si	No
Derivazioni ventricolo-peritoneali	Si	No
Punti metallici da pregresso intervento	Si	No
Schegge metalliche, proiettili	Si	No
Tatuaggi estesi	Si	No
Espansori mammari	Si	No
IUD e diaframmi uterini	Si	No
Stato di gravidanza, allattamento	Si	No
Interventi chirurgici (se SI specificare).....	Si	No

Protesi dentaria	SI	NO	mobile	fissa
------------------	-----------	-----------	--------	-------

***in caso risposta affermativa è necessario fornire documentazione di compatibilità.**

Data Firma del Paziente Firma del Medico

(tutore o genitori in caso di minori) (richiedente)