

	<b>Regione del Veneto</b> <b>Istituto Oncologico Veneto</b> Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
	<b>U.O.C. Radiodiagnostica Oncologica</b>	
<b>Autorizzazione all'esame con mezzo di contrasto paramagnetico per via iniettiva e consenso</b>		Mod10-P_Pren

(Nota Min.San. 17/09/97 e Delibera del Consiglio dell'OMCO di Padova 21.01,98)

<b>Data</b>		
<b>Nome e Cognome</b>		
<b>Nato a:</b>		<b>II:</b>
<b>ESAME RICHIESTO</b>		
<b>INDICAZIONI:</b>		
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"/> _____	
Anemia Falciforme	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Data</b> ___ / ___ / ___ <span style="float: right;"><b>Il Medico Richiedente</b> (Timbro e Firma) _____</span>		

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

	<p align="center"><b>Regione del Veneto</b>  <b>Istituto Oncologico Veneto</b>  Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	
<p align="center"><b>U.O.C. Radiodiagnostica Oncologica</b></p>		
<p align="center"><b>Autorizzazione all'esame con mezzo di contrasto paramagnetico per via iniettiva e consenso</b></p>		<p align="center">Mod10-P_Pren</p>

(Nota Min.San. 17/09/97 e Delibera del Consiglio dell'OMCO di Padova 21.01,98)

I.O.V. I.R.C.C.S.: Ospedale Busonera, Via Gattamelata, 64 - 35128 Padova  
U.O.C Radiodiagnostica Oncologica Direttore. Prof. Pier Carlo Muzzio  
Tel.+39 049 8215653 – Fax+39 049 8215970 Email: seg.radonc@ioveneto.it  
U.O.S. Radiodiagnostica Oncologica presso Radioterapia, Via Giustiniani, 2 Responsabile Prof. D. Fiore  
Tel +39 049 8212864 – Fax+39 049 821298 Email: radoncrt@ioveneto.it