
	Regione del Veneto Istituto Oncologico Veneto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
	U.O.C. Radiodiagnostica Oncologica	
Autorizzazione all'esame con mezzo di contrasto iodato per via iniettiva e consenso		Mod9-P_Pren

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

Data		
Nome e Cognome		
Nato a:		II:
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) _____	
CONSENSO INFORMATO		
Informato dell'indicazione all'indagine e degli eventuali rischi, il paziente dichiara di acconsentire allo svolgimento dell'esame		
Data __/__/__	Il paziente _____	