

Sig./ra

Data di nascita

Data

NOTE INFORMATIVE

Gentile Signora, Egregio Signore

l'esame

al quale Lei deve essere sottoposto/a si effettua mediante introduzione nel circolo sanguigno di una sostanza radio-opaca necessaria per visualizzare organi interni con l'esame radiologico.

L'iniezione endovasale di tali sostanze può determinare effetti secondari, di regola di lieve entità e di breve durata.

È anche possibile, seppur molto raramente e senza che si possa prevederne la comparsa, che insorgano disturbi più gravi (solo in via del tutto eccezionale pericolosi per la vita) per i quali Le verranno apprestate immediate ed appropriate cure mediche.

È allergico a qualche sostanza, medicina o cibo? No Sì Se sì, a cosa?

.....

.....

CONSENSO

IN BASE A QUANTO SOPRA RIPORTATO E IN CONSIDERAZIONE DELLA SUA UTILITÀ DIAGNOSTICA, ACCONSENTO AD ESSERE SOTTOPOSTO/A ALL'INDAGINE CONTRASTOGRAFICA PROPOSTAMI.

Firma (*leggibile!*)

Firma del Tutore

(se l'interessato è un minore o non in grado di intendere e volere)