

Cognome e Nome.....

Nato/a Il.....

Residente in Via..... n.....

Tel..... Mail.....

Esame richiesto.....

Per la corretta valutazione clinica-anamnestica è indispensabile conoscere i seguenti dati:

Comprovato rischio allergico a sostanze organo iodate o altre sostanze SI NO

Insufficienza epatica grave SI NO

Insufficienza renale grave SI NO

Anamnesi per mieloma SI NO

Trattamento in atto con farmaci (§ bloccanti, biguanidi, interleukina) SI NO

Assunzione di alcool, droghe SI NO

Esami necessari:

- Azotemia
- Glicemia
- Creatininemia
- Ves
- Emocromo
- Transaminasi
- Bilirubinemia
- Proteine totali
- Elettroforesi proteica
- Elettroliti sierici
- Elettrocardiogramma
- Proteina di Bence Jones

Il giorno dell'esame presentarsi a digiuno assoluto (da almeno 6/8 ore), portando tutti gli esami richiesti ed eventuali esami precedentemente eseguiti (anche in altra sede) inerenti il quesito diagnostico.

Se il paziente fa terapia ipertensiva va effettuata comunque.

CONSENSO INFORMATO

Informato dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimento e delle eventuali complicanze e rischi connessi con l'esecuzione dell'indagine.....

Il paziente, ampiamente soddisfatto delle informazioni e dei chiarimenti ricevuti, dichiara di acconsentire all'esecuzione della stessa.

Firma del paziente o del titolare del consenso

Preso atto delle informazioni assunte direttamente dal paziente, dei dati clinici-anamnestici raccolti, del quesito clinico e dell'indagine proposta, SI RITIENE/NON SI RITIENE* di procedere all'esame con il MDC .

*apporre una X su ciò che si esclude

Firma del medico radiologo

Consultazione preventiva con l'anestesista.....SI NO

Firma dell'Anestesista