


CONSENSO INFORMATO POSIZIONAMENTO FILTRO CAVALE
Scheda clinico-anamnestica

Per la corretta valutazione clinico-anamnestica è indispensabile conoscere dati relativi a:

Comprovato Rischio Allergico	Si	No
Se sì, specificare:		
Insufficienza Renale	Si	No
Insufficienza Epatica Grave	Si	No
Insufficienza Cardio-Vascolare Grave	Si	No
Diabete	Si	No
Anamnesi per mieloma	Si	No
Beta-bloccanti, FANS, Metformina	Si	No
Se sì, specificare:		
Trattamento in corso con Farmaci	Si	No
Assunzione di Alcool, Droghe	Si	No

INR: _____ PT _____ PTT _____

Piastrine: _____

Creatininemia: _____

GFR: _____

Data ____ / ____ / ____ Firma del Medico Richiedente _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Nome e Cognome del Paziente: _____ nato/a a _____

_____ il _____

- **dichiara** di essere stato/a informato/a dal Dr./Dr.ssa _____ riguardo alle indagini e/o terapie proposte, sulle indicazioni e sugli eventuali rischi che da essa possono derivare;
- **conferma** di aver ricevuto l'informativa e di aver ben compreso le spiegazioni che gli sono state fornite e pertanto **acconsente** a sottoporsi a questa procedura;
- **accetta** inoltre di sottoporsi alle eventuali procedure d'urgenza che si rendessero indispensabili.

- Dati identificativi dei genitori (se minore d'età) _____

- Dati del legale rappresentante (se soggetto privo in parte/del tutto di autonomia decisionale) _____

Data ____ / ____ / ____ Firma del Paziente _____

Firma del Medico Operatore _____

Presentarsi il giorno dell'esame a digiuno da almeno 6 ore

 Direttore UOC Radiologia
 Dr. Giovanni Balestriero
 Responsabile UOS
 Radiologia Interventistica
 Dr. Matteo Vincenzi

 Prenotazione/disdetta telefonica dell'appuntamento
 800890500 da rete fissa e cellulare