


**CONSENSO INFORMATO ANGIOGRAFIA DIAGNOSTICA/INTERVENTISTICA**
**Scheda clinico-anamnestica**

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

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