

## CONSENSO INFORMATO TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)

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 |

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma del Medico Curante \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_

**Direttore**  
Dr. Paolo D'Andrea

**Coordinatore TSRM**  
Tel. 0437/516525 dalle 13 alle 14  
Fax 0437/944964  
e-mail: [vincenzo.formica@ulss.belluno.it](mailto:vincenzo.formica@ulss.belluno.it)

**Coordinatore Infermieristico**  
Tel. 0437/514152 dalle 8 alle 14  
Fax 0437/516229  
e-mail: [elvira.debiasio@ulss.belluno.it](mailto:elvira.debiasio@ulss.belluno.it)

**Segreteria**  
Sportello: dal lunedì al sabato dalle 8 alle 13  
dal lunedì al venerdì dalle 14 alle 17  
Tel. 0437/ 516854 dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 12  
e-mail: [seg.radiologia@ulss.belluno.it](mailto:seg.radiologia@ulss.belluno.it)

**Prenotazione/disdetta telefonica dell'appuntamento**  
800890500 da telefono fisso  
0437/943890 da estero o cellulare