

**Consenso informato per esami con radiazioni ionizzanti,
senza/con somministrazione di mezzo di contrasto**

Io sottoscritto/a nato/a

il.....

(*genitore o tutore legale di)

sono stato informato che è stata posta l'indicazione all'esecuzione di un Esame che utilizza radiazioni ionizzanti senza/con somministrazione di Mezzo di Contrasto Iodato.

A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni fornitemi inerenti i benefici attesi dall'esame e le possibili complicanze ragionevolmente prevedibili; consapevole del mio diritto di rifiutare o sospendere in qualsiasi momento l'esame nonché delle conseguenze derivanti dalla scelta, **in piena coscienza, acconsento** all'esecuzione dell'esame sopra indicato.

Data

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale*)

.....

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA (per donne in età fertile)☐ SI ☐ NO

Data Firma della Paziente

PREMEDICAZIONE

(Pazienti ricoverati)

Io sottoscritto dichiaro di aver somministrato al Paziente la premedicazione ☐ **antiallergica** ☐ **nefroprotettiva** come da indicazioni.

Timbro e firma del Medico Prescrivente

Data

Timbro e firma del Medico Radiologo