

ANTRAG FÜR PARENTERALE KONTRASTMITTELAPPLIKATION

WICHTIGE VORINFORMATIONEN

Im Diagnosezentrum Omega werden für parenterale KM-Untersuchungen nur NICHT IONISCHE Kontrastmittel verwendet.

Aufgrund des Ministerialdekretes vom 17.09.97 (eingegangen am 26. Sept. 97, Prot. 3671, pr. BZ) ist das Auftreten einer anaphylaktoiden Reaktion auf nicht ionische Kontrastmittel "weniger wahrscheinlich" als bei den ionischen Kontrastmittel, die vorher in Gebrauch waren.

Trotzdem kann es bei entsprechendem klinisch-anamnestischen Verdacht eines Risikopatienten notwendig sein, geeignete Labor-/Instrumentaldiagnostik durchzuführen um den Schweregrad einer Pathologie zu bestimmen.

Der/Die Patient/inbenötigt folgende Untersuchung mit parenteraler Kontrastmittelapplikation:

.....
.....

KLINISCHE FRAGESTELLUNG:

.....
.....

Aufgrund der klinisch-anamnestischen Beurteilung (und im Zweifelsfälle nach Durchführung folgender

Labor/Instrumentaluntersuchungen).....

.....

können schwere Formen von:

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| 1. Leberinsuffizienz | 4. Paraproteinämie bei Waldenström |
| 2. Herz-Kreislaufinsuffizienz | 5. Myelom |
| 3. Niereninsuffizienz | |
- ausgeschlossen werden.

Der zuweisende Arzt

Datum:

.....

Einverständniserklärung des Patienten/der Patientin:

Ich Unterfertigte/er.....erkläre, daß ich vom zuweisenden Arzt Dr.
..... genauestens über die Notwendigkeit aufgeklärt worden bin mich aufgrund meines derzeitigen Gesundheitszustandes der folgenden parenteralen Kontrastmittelapplikation

..... zu unterziehen.

Ich Unterfertigte/er erkläre weiters, daß ich bezüglich der Zielsetzung, der Ausführung und der Risiken der Untersuchung ausreichend aufgeklärt worden bin.

Unterschrift des/er Patienten/in

Evt. Unterschrift eines fakultativen Zeugen

.....

RICHIESTA DI ESAME CON CONTRASTO PARENTERALE

INFORMAZIONI IMPORTANTI PRELIMINARI

Nel Centro Diagnostico Omega le indagini con mezzo di contrasto parenterale vengono eseguite esclusivamente con Mezzi di Contrasto (M.D.C.) NON IONICI.

Sulla base della circolare del Ministero della Sanità del 17/9/97 (pervenuta il 26/9/97, Prot.3671, pr.BZ) la comparsa di reazioni anafilattoidi con l'uso di M.D.C. NON IONICI appare "meno probabile", rispetto agli Ionici, in uso in precedenza.

Tuttavia in caso di sospetto clinico – anamnestico di paziente a rischio, per definire il grado della patologia può essere opportuno eseguire esami di laboratorio e/o strumentale adeguati.

SI RICHIEDE

per la Signora/il Signor
la seguente indagine con Mezzo di Contrasto parenterale:

.....
.....

QUESITO CLINICO:

.....
.....

In base alla valutazione clinico anamnestica (ed in caso di dubbio, ai seguenti accertamenti di laboratorio e/o strumentali)

.....
.....

si possono escludere forme gravi di:

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| 1. Insufficienza epatica | 4. Paraproteinemia di Waldenstroem |
| 2. Insufficienza cardiovascolare | 5. Mieloma |
| 3. Insufficienza renale | |

Il medico richiedente

Data:

.....

.....

Dichiarazione di Consenso della/del Paziente:

La/il sottoscritta/o dichiara di essere stata/o dettagliatamente informata/o dal medico richiedente dott. della necessità di sottoporsi, in seguito alle proprie condizioni di salute, alla seguente indagine con mezzo di contrasto parenterale:

.....
Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato esaurientemente informato sulle finalità di svolgimento e sui rischi inerenti l'esecuzione dell'esame stesso.

Firma per esteso della/del Paziente

Firma evt. testimone facoltativo

.....

.....