



Consenso per Procedure Diagnostiche e Terapeutiche

Dpz 14 Rev 05 del
13-06-2018

Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande che sono molto importanti per aiutare il medico a conoscere eventuali rischi legati alla procedura.

1. È affetto da malattie del sangue o ha tendenza al sanguinamento eccessivo (es. frequente ed abbondante sanguinamento dal naso, tendenza ad avere ematomi)
 NO SI

2. Assume farmaci che alterano la coagulazione del sangue (es. Aspirina, Ticlopidina, Coumadin, Sintrom, Eparina)?
 NO SI

3. Se sì, li ha sospesi e da quanti giorni? _____

4. Soffre di allergie (es: asma) o è allergico a farmaci, allo iodio, al latte, ad anestetici locali?
 NO SI
Se è allergico, indicare a cosa _____

5. Soffre di malattie cardiache, polmonari o circolatorie? NO SI

6. È affetto da infezioni (es.epatite virale, AIDS) e/o malattie croniche (cirrosi, glaucoma, epilessia, diabete)?
 NO SI

7. È portatore di pacemaker, defibrillatore o impianti metallici?
 NO SI

8. Per donne in età fertile: è o ritiene di essere in gravidanza?
 NO SI

9. In caso di colonscopia: Ha effettuato completamente la preparazione all'esame attenendosi scrupolosamente alle istruzioni?
 NO SI

10. È portatore di patologie a carico delle valvole cardiache ?
 NO SI

Data _____ Firma del paziente _____