



## QUESTIONARIO TAC

COGNOME ..... NOME .....

DATA DI NASCITA ..... PESO ..... SESSO .....

E' in stato di gravidanza certa o presunta? ..... [SI] [NO]

Ha delle allergie? ..... [SI] [NO]

Ha mai avuto reazioni allergiche al Mezzo di Contrasto? ..... [SI] [NO]

Quali? .....

Sta assumendo farmaci a base di Metformina? ..... [SI] [NO]

E' diabetico?..... [SI] [NO]

### IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME TAC

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

### AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE TAC

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame ..... Data .....

### IL PAZIENTE

Ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione di radiazioni ionizzanti generati dall'apparecchiatura TAC, pertanto consapevole dell'importanza delle risposte fornite, **ACCONSENTE** l'esecuzione dell'esame.

Firma del Paziente ..... Data .....

Questionario RM Rev.1 Nov.2020

**Istituto Clinico Beato Matteo**

Sistema di gestione Qualità UNI EN ISO 9001 certificato da Italcert

Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro BS OHSAS 18001 certificato da Certiquality

Corso Pavia 84 – 27029 Vigevano (PV)

Tel. +39 0381.347414 | Fax 0382.576821 | info.icbm@grupposandonato.it

di Istituti Clinici di Pavia e Vigevano S.p.A. – Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Reg. Imp. Pavia 00182770180 – C.F. e P.IVA 00182770180 | Capitale Sociale € 7.206.300 i.v.

[www.grupposandonato.it](http://www.grupposandonato.it)