



*Azienda Sanitaria Locale Br*  
Via Napoli, 8 – BRINDISI

Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_

**U.O. RADIODIAGNOSTICA**

Direttore:

**RICHIESTA DI ESAME RADIOLOGICO  
CON MDC ORGANO-IODATO PER VIA INIETTIVA**

Cognome..... Nome..... Peso.....

nato/a a..... il.....

Provenienza ..... Esame richiesto .....

Quesito clinico:.....

**Modalità della richiesta**

**Routine**

**Urgente**

Si dichiara che il/la sig.r/ra.....  
non è affetto/a da paraproteinemia di Waldenstrom, da mieloma multiplo, da ipertireosi, da stati gravi di sofferenze del miocardio, da insufficienza cardiocircolatoria.

**ESAMI di LABORATORIO DA ESEGUIRE ENTRO 30 GG DALLA DATA DELL'ESAME**

- BILIRUBINEMIA
- AZOTEMIA
- CREATININEMIA
- ELETTROFORESI SIEROPROTEICA
- DIATESI ALLERGICA  SI  NO

**IL MEDICO**

.....

**CONSENSO INFORMATO**

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/a a..... il.....

dichiara di essere stato/a dettagliatamente informato/a dal medico di reparto o curante della necessità di sottoporsi, in seguito alle proprie condizioni di salute, alla **TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA**.

E di essere stato/a dettagliatamente informato/a sulle finalità, modalità di svolgimento e sui rischi inerenti l'espletamento dell'esame a cui sarà sottoposto/a.

Data.....

FIRMA.....