

	<b>FOGLIO INFORMATIVO DIPARTIMENTALE</b> <b>ESAME TC</b> <b>(TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA)</b>	Rev. 0	Pag. 1 di 2
		<b>DDR-FI-003</b>	

Gent.le Sig/Sig.ra, Le forniamo di seguito alcune informazioni inerenti l'esame TC al quale sarà sottoposto/a. Nel caso le informazioni contenute in questo foglio informativo Le suscitino altre domande, non esiti a sottoporle al medico di riferimento.

### **COS'E' LA TC**

La **Tomografia Computerizzata** o **TC**, è un esame diagnostico che utilizza i raggi X e che, mediante un sistema di elaborazione computerizzata, consente di ottenere immagini di dettaglio dei vari settori corporei.

### **INDICAZIONI (QUANDO SI ESEGUE)**

L'indagine TC trova indicazione nello studio della maggior parte dei distretti corporei quando siano necessari approfondimenti diagnostici su quesiti clinici o strumentali mirati.

Nel caso di minori tra 0 e 14 anni, è necessario che almeno 1 dei genitori/tutore esprima il proprio consenso all'esecuzione dell'esame mediante apposizione di firma su apposito Modulo Aziendale di Consenso Informato.

Le donne in età fertile (12-50 anni) devono dichiarare di non essere in stato di gravidanza firmando apposita modulistica in Radiologia, prima dell'esecuzione dell'esame, Infatti in gravidanza l'esame non può essere eseguito, tranne in condizioni particolari di necessità e urgenza, e dopo aver acquisito il consenso informato della paziente. Pertanto le donne in stato di gravidanza certa o non escludibile con certezza devono avvertire tempestivamente il personale tecnico e/o medico per ulteriori informazioni.

### **PREPARAZIONE ALL'ESAME**

Per gli esami TC senza mezzo di contrasto non è richiesta alcuna preparazione. Assuma regolarmente la Sua eventuale terapia. Per alcuni quesiti clinici Le verrà chiesto di bere acqua prima dell'esame, in modo da visualizzare le anse intestinali. Nei casi in cui sia richiesta la somministrazione di mezzo di contrasto (MdC) per via endovenosa (e.v.) dovrà leggere attentamente il Foglio Informativo specifico che Le verrà fornito (DDR-FI-004).

### **L' ESAME**

L'apparecchiatura TC è costituita da un lettino, su cui Lei si dovrà sdraiare, che scorre all'interno di un'ampia struttura cilindrica aperta alle due estremità. Generalmente non causa sensazione di claustrofobia.

Durante l'esame, Le raccomandiamo di rimanere immobile per ottenere immagini di buona qualità. L'indagine TC ha una durata media di circa 15-20 minuti, ma questo tempo varia a seconda delle parti del corpo da esaminare, della patologia da studiare e dalla necessità o meno di iniettare MdC per via endovenosa. In alcuni casi Le verrà chiesto di trattenere il respiro almeno 20 secondi. Per tutta la durata dell'esame nella sala comandi è sempre presente personale sanitario che La vede dalla parete di vetro, pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità e con il quale Lei può comunicare tramite interfono.

### **RISCHI**

Le immagini della TC vengono prodotte dai raggi X, utilizzando dosi superiori rispetto alle Radiografie, ma equivalenti a pochi anni di esposizione alla radiazione naturale ambientale ("quei raggi a cui non possiamo sottrarci"). Alle dosi normalmente erogate non sono noti effetti negativi immediati sulle cellule del corpo umano; viene riconosciuto invece un minimo aumento della probabilità di effetti lesivi tardivi, come l'insorgenza di tumori, soprattutto quando gli esami TC vengono eseguiti numerosi e ripetuti nel tempo. L'aumento del rischio di ammalarsi di tumore a seguito di esame TC è comunque così basso da risultare difficilmente calcolabile. I soggetti maggiormente sensibili alle radiazioni ionizzanti sono gli organismi in accrescimento: embrione (primi 3 mesi di gravidanza) feto (dal 3° al 9° mese), bambini. Inoltre le ovaie nelle donne e in misura minore i testicoli negli uomini sono organi particolarmente radiosensibili, perché le cellule germinali che andranno a costituire l'embrione conservano traccia delle pregresse irradiazioni. E' pertanto necessario che l'indagine TC, specie nei soggetti giovani e nelle donne in età fertile, sia giustificata rispetto al beneficio diagnostico atteso e riservata a quesiti clinici non risolvibili con altre metodiche.

	<b>FOGLIO INFORMATIVO DIPARTIMENTALE</b> <b>ESAME TC</b> <b>(TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA)</b>	Rev. 0	Pag. 1 di 2
		<b>DDR-FI-003</b>	

### INDAGINI ALTERNATIVE

Qualora esistano alternative diagnostiche altrettanto valide che non comportino l'esposizione a radiazioni ionizzanti, il medico Radiologo gliele illustrerà ( es:Ecografia)

### EFFETTI DELLA MANCATA PROCEDURA

Desideriamo InformarLa che un Suo rifiuto all'esecuzione dell'esame, se ritenuto quello più idoneo a rispondere al quesito diagnostico, potrà comportare un ritardo o un mancato raggiungimento di una corretta diagnosi.

**Note** (eventuali personalizzazioni relative ad aumento di rischio per comorbidità, variazioni di procedura)

---

Nome e cognome paziente \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Data e ora consegna \_\_\_\_\_

Da (nome e cognome leggibile) \_\_\_\_\_

Firma per consegna \_\_\_\_\_

Firma per ricevuta \_\_\_\_\_

---

Gent.le Sig/Sig.ra, Le è stato richiesto/a un/a esame/procedura radiologico/a con somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto organo-iodato (MdC e.v.). Le forniamo di seguito alcune informazioni sui mezzi di contrasto organo-iodati per uso endovenoso attualmente somministrati nella nostra Struttura. Prima dell'esecuzione dell'esame, Le verrà chiesto di firmare l'allegato apposito modulo Aziendale di Consenso Informato insieme al medico Radiologo che effettuerà l'esame, a Sua disposizione per qualsiasi chiarimento. Nel caso di minori tale modulo dovrà essere firmato da entrambi i genitori o da un unico genitore con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà su modulo ASSTNM-MA-048

**SCOPO DELLA SOMMINISTRAZIONE DI MdC e.v.:** I MdC sono liquidi che, iniettati nel sistema vascolare attraverso ago cannula/catetere, servono ad opacizzare organi e vasi, fornendo informazioni diagnostiche altrimenti non ottenibili.

#### **CONTROINDICAZIONI/FATTORI DI RISCHIO**

- **L'insufficienza renale cronica**, specie se associata ad altre condizioni (tra cui le cardiopatie gravi, l'età avanzata, alcune terapie farmacologiche croniche) predispone all'insufficienza renale acuta da MdC. Il diabete mellito in trattamento con antidiabetici orali a base di **metformina**, se associato ad alterata funzionalità renale, costituisce un rischio aggiuntivo. Il rischio di sviluppare insufficienza renale da MdC può essere ridotto attuando adeguata profilassi come successivamente specificato.

- **Le condizioni allergiche** predispongono alla comparsa di reazioni avverse da MdC di tipo allergico. In caso di **allergie di grado lieve/moderato** è indicato attuare una profilassi farmacologica come successivamente specificato. Se invece Lei fosse andato/a incontro a **reazioni allergiche gravi** (es: shock anafilattico) da precedente iniezione di MdC e.v. o per altri fattori, la somministrazione di MdC e.v. è **generalmente controindicata**, effettuabile solo in caso di assoluta necessità. In tali casi è **indispensabile** che Lei, o il Suo medico Curante/Prescrittore, contatti un medico Radiologo del Servizio dove ha prenotato l'esame, che sarà a disposizione per qualsiasi chiarimento, Le indicherà eventuali indagini alternative e, nel caso di assoluta necessità all'iniezione di MdC e.v., La invierà da Specialista Anestesista per parere.

#### **MODALITA' DI PREPARAZIONE**

Al momento dell'esecuzione dell'esame: presentare esame di **CREATININEMIA** eseguita nell'ultimo mese. E' necessario il digiuno, eccetto che per l'acqua, da almeno 6 ore. Assuma regolarmente ogni abituale terapia. E' opportuna un' adeguata idratazione per via orale il giorno precedente l'esame ( beva almeno 1 litro di acqua). E' opportuna anche la sospensione dell'allattamento al seno da prima dell'esame sino alle 24 ore successive. Prima dell'esame le verrà posizionato un agocannula, mediante puntura di vaso periferico (generalmente di una vena del braccio per gli esami TC). L'iniezione del MdC avviene di solito tramite iniettore automatico.

**1)** Nel caso in cui il valore di **Creatininemia** risultasse francamente alterato o in caso di dubbi sul risultato, La preghiamo di rivolgersi al Suo Medico Curante/Prescrittore con l'allegato Modulo: DDR-MD-003 per la terapia preventiva della nefropatia da contrasto **valido per Pazienti Adulti (= > 18 anni). Per i Minori (età inferiore a 18 anni) è necessario rivolgersi al pediatra di riferimento.**

**2)** Nel caso Lei fosse un paziente **allergico** perché affetto da: **a)** precedenti reazioni allergiche di grado lieve/moderato in seguito a somministrazione e.v. di MdC (orticaria limitata o diffusa, lieve-moderata ipotensione, lieve-moderato broncospasmo, tosse); **b)** precedenti reazioni allergiche di grado moderato/severo ad altre sostanze; **c)** asma bronchiale; **d)** condizioni allergiche in trattamento cronico (es: rinite allergica); **e)** predisposizione allergica con multiple allergie a diverse sostanze: **E' consigliabile** che la somministrazione e.v. di MdC sia preceduta da adeguata preparazione farmacologica definita nel modulo allegato: DDR-MD-004 per **ADULTI** e modulo DDR-MD-005 per **MINORI**, da presentare al Suo medico Curante/Prescrittore.

Nei casi **1 e 2** sopradescritti, il giorno dell'appuntamento Si presenti in Radiologia con la modulistica indicata compilata e firmata dal medico curante/prescrittore per quanto di Sua competenza.

#### **COMPLICANZE/EFFETTI COLLATERALI**

Presso il nostro Servizio di Radiologia sono in uso soltanto MdC organo-iodati di tipo non ionico, che presentano un minor rischio di reazioni avverse rispetto a quelli usati in passato (prima del 1990). Durante l'iniezione potrà avvertire senso di calore e un breve e transitorio aumento del battito cardiaco, senza conseguenze. In corso di iniezione, si può verificare stravasamento di MdC nei tessuti molli circostanti l'agocannula, con conseguente bruciore e/o arrossamento e gonfiore locale. Tali disturbi regrediscono in qualche giorno, mediante trattamento locale.

- I MdC organo-iodati hanno un effetto tossico/di sovraccarico sui reni. L'insufficienza renale acuta dopo somministrazione di MdC si manifesta generalmente in presenza di compromissione della funzionalità renale basale e delle condizioni di circolo. L'insufficienza renale da MdC è molto rara in pazienti con normale funzione d'organo.

- I MdC organo-iodati possono scatenare reazioni avverse immediate/precoci, di tipo allergico/pseudo allergico. La loro insorgenza è imprevedibile. In base alla gravità, vengono classificate in: **Effetti indesiderati** come : nausea, vomito, gusto alterato, sudorazione, calore, vampate, ansia; **Effetti collaterali lievi** (frequenza intorno al 5%): prurito, eruzioni cutanee, tosse, congestione nasale, lieve gonfiore oculare e facciale; **Effetti collaterali moderati** (frequenza

< 2%): difficoltà respiratoria, broncospasmo, lieve edema laringeo, tachicardia o bradicardia sintomatica, ipotensione, ipertensione; **Effetti collaterali severi** (0,04%): perdita di coscienza, convulsioni, aritmie, arresto cardiorespiratorio. In casi del tutto eccezionali si può verificare pericolo per la vita: **la reazione letale è estremamente rara.**

Presso il nostro Ospedale sono predisposte le misure idonee a gestire tempestivamente ogni eventuale complicanza.

- Sono possibili **reazioni pseudoallergiche ritardate** (frequenza 2-4%), da 1 ora fino a 7 giorni dopo la somministrazione di MdC e.v. Sono per lo più reazioni cutanee di tipo orticariode, sindromi similinfluenzali, disturbi gastrointestinali, dolori agli arti. Si risolvono generalmente in 1-7 giorni. Se ciò dovesse verificarsi Si rivolga al proprio medico Curante.

**INDICAZIONI PER IL FOLLOW-UP:** Dopo la somministrazione di MdC e.v., è previsto un periodo di osservazione presso la nostra Struttura di circa 20 minuti. **INDAGINI ALTERNATIVE:** Dipendono dal quesito diagnostico formulato e dal distretto corporeo da studiare. Ne può discutere con il medico Radiologo. **CONSEGUENZE DI UN EVENTUALE RIFIUTO:** Desideriamo informarLa che un Suo rifiuto all'esecuzione dell'esame potrà comportare un ritardo o un mancato raggiungimento di una corretta diagnosi.

**Note** (eventuali personalizzazioni relative ad aumento di rischio per comorbidità, variazioni di procedura):

---

Nome e cognome paziente \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Data e ora consegna \_\_\_\_\_

Da (nome e cognome leggibile) \_\_\_\_\_

Firma per consegna \_\_\_\_\_

Firma per ricevuta \_\_\_\_\_

	<b>MODULO DIPARTIMENTALE</b> <b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI</b> <b>NEFROPATIA DA CONTRASTO (CIN) E</b> <b>SUA PROFILASSI DA PARTE DEL</b> <b>MEDICO CURANTE/PRESCRITTORE DI</b> <b>ESAMI CHE PREVEDONO LA</b> <b>SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI</b> <b>MEZZI DI CONTRASTO ORGANO-</b> <b>IODATI</b> <b>PAZIENTI ADULTI ( = &gt; 18 anni)</b>	Rev. 0	Pag. 1 di 2
		<b>DDR-MD-003</b>	

Egregio Collega,

Al/la Suo/a paziente è stato richiesto/a un/a esame/procedura radiologico/a che prevede la somministrazione di mezzo di contrasto (MdC) organo-iodato per via endovenosa (e.v.).

Abbiamo invitato Il/La paziente a presentarsi da Lei con questo modulo nel caso il valore della Creatinemia fosse risultato alterato. Una condizione di insufficienza renale, anche lieve, aumenta infatti il rischio di sviluppare una Nefropatia da Mezzo di Contrasto. Tale rischio può essere ridotto da una adeguata preparazione, qui sotto dettagliata, **applicabile solo in pazienti adulti**. Chiediamo cortesemente la Sua collaborazione perché siano messe in atto le misure di profilassi secondo lo schema consigliato.

La mancata effettuazione della profilassi indicata non consentirà l'esecuzione dell'esame.

**ALTERATI VALORI DI CREATININEMIA**

Se la CREATININEMIA fosse alterata, è necessario calcolare il Filtrato Glomerulare con MDRD, collegandosi al sito: <http://mdrd.com>

Sig/a \_\_\_\_\_

Valore del Filtrato glomerulare ml/min \_\_\_\_\_

**Filtrato Glomerulare (GFR) calcolato con MDRD inferiore a 45 ml/min**

**1. I pazienti con GFR calcolato con MDRD compreso tra 45 e 30 ml/min devono attenersi al seguente protocollo:**

- Pz dabetici che assumono antidiabetici orali a base di metformina: sospendere il farmaco per le 48 ore precedenti e successive all'esame (a giudizio del curante eventuale terapia alternativa)
- Il giorno precedente l'esame assumere N-Acetilcisteina (Fluimucil) 600 mg 2 cp ore 8 e 2 cp ore 20 e Sodio Bicarbonato 500 mg 2 cp ore 8 e 2 cp ore 20
- Il giorno stesso dell'esame assumere N-Acetilcisteina (Fluimucil) 600 mg 2 cp ore 8 e 2 cp ore 20 e Sodio Bicarbonato 500 mg 2 cp ore 8 e 2 cp ore 20; bere 1 litro di acqua prima dell'esame e 1 litro nelle 6 ore successive all'esame
- Ridurre, ove possibile a giudizio del curante, la terapia diuretica con diuretici dell'ansa
- Effettuare un controllo dei valori di funzionalità renale a distanza di 72 ore dall'esame con mezzo di contrasto

**2. I pazienti con GFR calcolato con MDRD inferiore a 30 ml/min devono essere inviati al nefrologo per la messa in atto di misure preventive per ridurre il rischio di peggioramento della nefropatia dopo somministrazione di mezzo di contrasto organo-iodato**

In base al valore del filtrato glomerulare, da me calcolato, del/la Sig/a

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

**DICHIARO CHE**

- Ho prescritto la terapia e i protocolli indicatimi per insufficienza renale cronica.
- Ho inviato il/la pz allo specialista nefrologo per competenza

Data calcolo GFR e prescrizione \_\_\_\_\_ Firma Medico/Curante Prescrittore \_\_\_\_\_

Grazie per la cortese collaborazione.

**PARTE RISERVATA ALLA RADIOLOGIA**

Terapia eseguita dal paziente SI  NO  Firma paziente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma Medico Radiologo per presa visione \_\_\_\_\_

	<b>MODULO DIPARTIMENTALE</b>  <b>PROFILASSI DELLE REAZIONI ALLERGICHE          ALLA SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI          MEZZI DI CONTRASTO ORGANO-IODATI</b> <b>(MdC e.v.)</b> <b>PAZIENTI ADULTI (= &gt; 18 anni)</b>	Rev. 1	Pag. 1 di 2
		<b>DDR-MD-004</b>	

Egregio Collega,

Al/la Suo/a paziente è stato richiesto/a un/a esame/procedura radiologico/a che prevede la somministrazione di mezzo di contrasto (MdC) organo-iodato per via endovenosa (e.v.). Abbiamo invitato il/la paziente a presentarsi da Lei con questo modulo nel caso fosse portatore di condizioni allergiche predisponenti alla comparsa di reazioni avverse da MdC e.v. di tipo allergico dettagliate nel Foglio Informativo DDR-FI-004 consegnato al/la paziente.

In caso di dato anamnestico di **reazioni allergiche gravi** ( es: shock anafilattico, arresto cardiorespiratorio, severo broncospasmo), soprattutto in conseguenza a una precedente iniezione di MdC e.v., la somministrazione di MdC e.v. è **generalmente controindicata**, effettuabile solo in caso di assoluta necessità. In tali casi è **indispensabile** che Lei, o il Suo/a paziente, contatti un medico Radiologo del Servizio dove ha prenotato l'esame, a disposizione per qualsiasi chiarimento e per fornire informazioni su eventuali indagini alternative. Nel caso di assoluta necessità di esame con MdC e.v., il medico Radiologo indirizzerà il paziente ad una visita a parere di Specialista Anestesista presso la Struttura.

Invece, nei casi in cui il/la paziente avesse sofferto di precedenti **reazioni allergiche di grado lieve/moderato** in seguito a somministrazione e.v. di MdC (orticaria limitata/diffusa, lieve/moderata ipotensione, lieve/moderato broncospasmo, tosse), o a seguito di altri fattori, o soffrisse di condizioni allergiche in trattamento cronico (es: asma bronchiale, rinite stagionale), o fosse risultato poliallergico, il rischio di comparsa di reazioni avverse da MdC e.v. può essere ridotto da una adeguata preparazione farmacologica di seguito dettagliata. Pertanto chiediamo cortesemente la Sua collaborazione perché siano messe in atto le misure di profilassi secondo tale schema.

La mancata effettuazione della profilassi indicata non consentirà l'esecuzione dell'esame.

In base all'anamnesi da me eseguita, **Il/La Sig/Sig.ra:**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

N. Codice Ricovero

**E' RISULTATO/A POSITIVO/A PER:**

- Precedenti reazioni allergiche lievi/moderate in seguito a somministrazione endovenosa di MdC organo-iodato,** (orticaria limitata/diffusa, lieve/moderata ipotensione, lieve/moderato broncospasmo, tosse)
- Asma bronchiale**
- Condizioni allergiche in trattamento cronico** ( es: rinite stagionale)
- Pregresse reazioni allergiche ad altri fattori, di entità moderata/severa**
- Diatesi allergica con multiple allergie**

**SCHEMA DI PRETRATTAMENTO FARMACOLOGICO PER LE SOPRADESCRITTE CONDIZIONI ALLERGICHE : Pazienti Adulti**

**12 ore prima dell'esame**

DELTACORTE (Prednisone) 25 mg	2 compresse
FAMOTIDINA 40 mg	1 compressa

**2 ore prima dell'esame**

DELTACORTE (Prednisone) 25 mg	1 compressa
FAMOTIDINA 40 mg	1 compressa

**1 ora prima dell'esame**

CETIRIZINA 10 mg	1 compressa
------------------	-------------

Se paziente in terapia con inibitori di pompa protonica, aggiungere comunque la FAMOTIDINA

**PERTANTO DICHIARO CHE**

- Ho prescritto la profilassi farmacologica
- Ho inviato il/la pz allo specialista Radiologo per competenza per anamnesi positiva per reazioni allergiche gravi
- Provvederò io stesso a contattare lo specialista Radiologo

Data di prescrizione \_\_\_\_\_

Firma medico Curante/ Prescrittore \_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA ALLA RADIOLOGIA**

Terapia eseguita dal paziente SI  NO

Firma paziente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma Medico Radiologo per presa visione \_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO PER ADULTI**

(Età ≥18 anni)

Io sottoscritto/a ..... nato/a il ...../...../.....  
*Cognome e nome*

Da compilare in caso di tutore/amministratore di sostegno/delegato (allegare documento comprovante il relativo stato giuridico):

Io sottoscritto/a ..... nato/a il ...../...../.....  
*Cognome e nome*  
 tutore/amministratore di sostegno/delegato di ..... nato/a il ...../...../.....  
*Cognome e nome*

**DICHIARO**

- di essere stato informato/a in maniera chiara, completa e comprensibile dal Dott. .... in merito alla prestazione sanitaria proposta.....;
- di essere stato informato riguardo ai vantaggi attesi, agli eventuali effetti collaterali e ai rischi di complicanze, nonché sulle possibili alternative, sulle possibili conseguenze in caso di rifiuto della prestazione, sulle indicazioni per il follow-up;
- di aver potuto chiedere al medico chiarimenti e che mi sono stati forniti;
- di essere stato informato/a che in caso di urgenze cliniche potranno rendersi necessari interventi addizionali o alternativi, già discussi nel corso del colloquio;
- di essere stato informato/a che posso rifiutare di ricevere informazioni in merito alle procedure proposte pur acconsentendo alla loro esecuzione (facoltà prevista per il paziente, non per l'eventuale rappresentante legale);
- di essere stato informato/a di poter revocare la scelta effettuata in qualsiasi momento precedente la prestazione;
- di essere stato informato che in questa Azienda prestano servizio anche medici e altri professionisti sanitari in formazione che, sotto la vigilanza di un tutore, potrebbero partecipare al mio percorso diagnostico-terapeutico.

di aver letto e compreso quanto illustrato nel FOGLIO INFORMATIVO ALLEGATO

**E PERTANTO**

<input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b> alla/e procedura/e sopra indicata/e	<input type="checkbox"/> <b>Dichiaro di rifiutare ogni informazione</b>
<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b> alla/e procedura/e sopra indicata/e	<b>FIRMA DEL PAZIENTE</b> .....

<b>FIRMA DEL PAZIENTE</b> .....	Dichiaro di aver verificato la comprensione delle informazioni	<b>DATA</b>
<b>FIRMA DEL TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/DELEGATO</b> .....	<b>FIRMA E MATRICOLA DEL MEDICO</b> .....	...../...../.....
<b>FIRMA DEL MEDIATORE/INTERPRETE</b> (se presente)	<b>FIRMA DEL TESTIMONE</b> (se necessario)	<b>Ora</b> .....

- Dichiaro di **REVOCARE** il consenso **Firma** ..... **Data** ...../...../..... **Ora** .....
- Dichiaro di aver preso atto della **REVOCA** **Firma del Medico** ..... **Data** ...../...../..... **Ora** .....