

 <p><b>ASL</b> TERAMO REGIONE ABRUZZO</p>	<p><b>DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</b> Direttore: ff. Dr. Francesco Fabiani <b>U.O.S.D. di Radiologia Vascolare e Interventistica</b> Responsabile: Dr. EDOARDO G. PUGLIELLI</p>	<p>Nota Informativa: RIV <u>03</u> Revisione 00 Del 01.09.2015 Pagina 1 di 2</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

## **INFORMAZIONI MEDICHE PER LA PROCEDURA INTERVENTISTICA di INFILTRAZIONE TAC (o ECO) GUIDATA**

Gentile Signore/a,

Lei dovrà essere sottoposto/a ad una INFILTRAZIONE TAC (o ECO) guidata per la patologia indicata nell'allegato modulo di acquisizione del consenso.

Tale esame è stato richiesto dai colleghi Medici dell' U.O. di .....  
del P.O. di ..... / dal Suo Medico Curante, Dr. ....

La procedura diagnostica che prevede l'introduzione, dopo avere praticato l'anestesia locale, di un ago nell'organo o tessuto affetto dalla patologia in esame, al fine di iniettare una quantità di anestetico o cortisonico a scopo antalgico, miorilassante. Tale metodica consente di essere molto accurati nell'individuare la sede migliore ove effettuare l'infiltrazione e consente di individuare precocemente le eventuali complicanze che potrebbero insorgere durante e/o al termine della procedura.

Le ricordiamo, infatti, che la nostra equipe ha già esaminato la Sua documentazione clinica ed ha espresso parere favorevole alla procedura.

Per ulteriori informazioni può consultare il sito: <http://www.radiologyinfo.org>



**DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER  
IMMAGINI**

Direttore: ff. Dr. Francesco Fabiani

**U.O.S.D. di Radiologia Vascolare e Interventistica**

Responsabile: Dr. EDOARDO G. PUGLIELLI

Nota Informativa: RIV  
03  
Revisione 00  
Del 01.09.2015  
Pagina 2 di 2

La preghiamo di segnalare eventuali allergie e/o intolleranze a farmaci e/o alimenti, prima di sottoporsi all'esame.

L'informazione è il vero e proprio inizio dell'atto medico e parte integrante della nostra professione per questo anche il più piccolo dubbio o la più sottile incertezza debbono essere risolti con le spiegazioni necessarie che saremo lieti di fornirLe.

Grazie per la Sua collaborazione.

Il Signor /Signora:

---

ha personalmente ricevuto le informazioni per l'esame dal Dr.:

---

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Firma \_\_\_\_\_