



TC CON MEZZO DI CONTRASTO

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE O SPECIALISTA

PAZIENTE _____

SESSO M F DATA DI NASCITA _____ PESO KG _____

EVENTUALI MALATTIE ACCERTATE / POSSIBILI FATTORI DI RISCHIO	
Cardiopatia _____ Ipertensione _____ Vasculopatia _____ Nefropatia _____ Tireopatia _____ Epatopatia _____ Mal. App. Resp. _____ Allergopatia _____	Emopatia _____ Mal. App. digerente _____ Mal. Tratto urinario _____ Farmaci nefrotossici _____ Diabete _____ <p style="text-align: center;">sospendere METFORMINA il giorno dell'esame e almeno 48 ore dopo l'esame</p> Altro _____

Precedenti reazioni a farmaci: SI NO non noto Se sì quali farmaci? _____

Precedenti somministrazioni di M.D.C. SI NO
 Precedenti reazioni a M.D.C. SI NO
 1. EVENTUALI TRATTAMENTI CONCOMITANTI (esclusa premedicazione): SI NO
 Se si specificare:.....

A conoscenza dei rischi che l'esame comporta, ho comunque ritenuto opportuno prescriverlo per il bene e la salute del Paziente.

 Timbro e firma per esteso
 del Medico Curante o dello Specialista

IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER REAZIONI DI TIPO ALLERGICO (barrare il riquadro interessato)

PAZIENTE RICOVERATO:

Dichiaro di aver provveduto a premedicare il Paziente Metilprednisolone orale (o equivalente), 32mg somministrati sia 12 ore, che 2 ore prima dell'espletamento dell'esame radiologico.

PAZIENTE ESTERNO:

Dichiaro di aver informato il mio assistito sulla necessità di assumere 32mg di Metilprednisolone (o equivalente), sia 12 ore, che 2 ore prima dell'espletamento dell'esame radiologico.

 Timbro e firma per esteso
 del Medico Curante o dello Specialista

N.B. L'ESAME RADIOLOGICO DI CUI TRATTASI NON VERRA' ESEGUITO QUALORA IL PAZIENTE CON ANAMNESI POSITIVA PER REAZIONI DI TIPO ALLERGICO NON RISULTASSE PREMEDICATO SECONDO LE PRESCRIZIONI SOPRA SPECIFICATE.



PARTE RISERVATA AL PAZIENTE

Il sottoscritto:.....

PRESA COSCIENZA CHE:

- L'uso del mezzo di contrasto iodato per via endovenosa consente l'opacizzazione dei vasi e dei tessuti durante l'esame radiologico, fornendo in tal modo più informazioni per valutare il problema clinico del Paziente;
- Reazioni allergiche di lieve entità al mezzo di contrasto iniettato si hanno circa 1 su 5 Pazienti e consistono in prurito, starnuti ed orticaria; meno comunemente reazioni lievi includono difficoltà respiratoria e gonfiore al viso;
- Complicanze più serie si hanno in circa 1 caso su 2.000 ed includono reazioni allergiche gravi, abbassamento della pressione arteriosa, collasso cardio-circolatorio e difficoltà respiratoria; raramente (1 caso su 60.000) queste complicanze possono indurre al decesso;
- Ai pazienti di età superiore agli 85 anni non verrà effettuato l'esame con somministrazione di Mezzo di Contrasto;
- Il rischio di una reazione grave è aumentato nel caso il Paziente soffra di diabete o asma, presenti allergie a cibi o farmaci oppure abbia avuto precedenti reazioni dopo somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto iodato:

AUTORIZZA

con la sottoscrizione del presente atto, il Servizio in indirizzo a praticargli l'iniezione endovenosa di mezzo di contrasto.

Data,.....

Firma del Paziente per esteso



Gent.mo Dr.

Medico di Medicina Generale

Spm

Verona,.....

Gentile dottore,

il suo assistito dovrà essere sottoposto ad esame contrastografico.

E' necessaria la conoscenza di eventuali malattie, possibili fattori di rischio (come da modello allegato) e il dosaggio della **Creatinina** effettuato negli ultimi **90 gg**.

Si ringrazia per la cortese collaborazione.

La Direzione Sanitaria