



ACCREDITA DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
Convenzioni con Primarie Compagnie di Assicurazioni

ESAME RMN CON MDC

Il/la paziente dovrà far compilare l'allegato **modulo di richiesta**, che porterà a controllo presso la nostra segreteria, almeno 1 settimana prima dell'esame, per riconsegnarlo al momento dell'esame stesso compilato in tutte le sue parti dal proprio medico curante.

Il/la paziente dovrà inoltre portare tutta le indagini precedenti inerenti l'esame.

Il/la paziente dovrà osservare il digiuno da almeno 6 ore prima dell'esame; può bere acqua.

Esami di laboratorio:

-Creatininemia.

**AL DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
DELLA RADIOLOGICA SALUS BRINDISI**

Data _____

Via Appia, 366 – 72100 BRINDISI

RICHIESTA PER RISONANZA MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO

(Elaborata secondo la Nota Min. San. 17.09.1997 e Linee Guida dell' European Society of Urogenital Radiology).

Cognome e nome _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ tel _____

ESAME RICHIESTO _____

MOTIVO DELL'ESAME _____

Si dichiara quanto segue:

- | | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | a) Il/la paziente ha già effettuato RM con mezzo di contrasto? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| | b) <i>Se si al punto a)</i> il /la paziente ha avuto storie di moderate o severe reazioni al mezzo di contrasto per risonanza magnetica? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. | storia di allergie che richiedono trattamento | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. | storia di asma | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4. | storia di emosiderosi o emocromatosi | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5. | precedenti reazioni al destrano | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. | il paziente assume Beta-bloccanti | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 7. | insufficienza renale (creatininemia _____) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

timbro e firma leggibile
del medico curante

Firma del paziente o
del titolare del consenso

In caso di precedenti reazioni allergiche al MDC o a FARMACI o di allergie in trattamento eseguire preparazione desensibilizzante; si consiglia il seguente schema:

prednisione 50mg per os 13 ore, 7 ore e 1 ora prima dell'esame diagnostico

cetirizina 10 mg 1 ora prima dell'esame diagnostico

ranitidina 75 mg 13 ore, 7 ore, 1 ora prima dell'esame diagnostico

I pazienti con asma devono essere valutati dall'Anestesista della Radiologica Salus.

La eventuale sospensione di farmaci B-bloccanti va contemplata e valutata dall'Anestesista della Radiologica Salus insieme al cardiologo curante, **esclusivamente nei casi di accertata e grave allergia al mdc, previo accertamento dell'appropriatezza e indispensabilità dell'esame.**

NOTA INFORMATIVA PER IL MEDICO CURANTE

Egregio Collega,

il questionario clinico-anamnestico sul retro di questa pagina, formulato secondo le Linee Guida dell'ESUR* e della SIRM **, ottempera alla disposizione della nota del Ministero della Sanita' del 17-09-1997 nella quale *"si ritiene che la valutazione clinico-anamnestica di ciascun paziente da sottoporre ad indagine con mezzi di contrasto da parte del medico curante, che richiede l'esame, e da parte del radiologo, che esegue l'esame, rappresenti per la prevenzione il momento piu' importante"*.

Resta peraltro inteso che la valutazione dei criteri di appropriatezza dell'indagine richiesta e' appannaggio dello specialista radiologo, al quale e' deputata la scelta della metodica e del mezzo di contrasto più idonei, sulla base della sua personale esperienza e della valutazione del rapporto costo- beneficio. (D.L. n° 187 del 26-05-2000; Conf. Perm. Rapp. Stato-Regioni: Accordo 28-10-2004).

Questo modulo dovrà pervenire via FAX* a questo Dipartimento di Diagnostica per Immagini, almeno una settimana prima dell'esame, e dovrà essere consegnato in copia originale al momento dell'esame.

***fax:0831-516913**

Riservato ai pazienti con precedenti di reazioni allergiche al mezzo di contrasto e a farmaci o con allergie in trattamento.

Il sottoscritto _____ dichiara di aver eseguito la terapia desensibilizzante prescrittagli dal Medico curante.

In fede

* European Society of Urogenital Radiology