



ACCREDITA DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
Convenzioni con Primarie Compagnie di Assicurazioni

## ESAME TC 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 tutte 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

-Elettroforesi delle sieroproteine.

**AL DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
DELLA RADIOLOGICA SALUS BRINDISI  
Via Appia, 366 – 72100 BRINDISI**

**RICHIESTA PER ESAMI RADIOLOGICI CON MEZZI DI CONTRASTO (MDC)**

(Elaborata secondo la Nota Min. San. 17.09.1997 e le Linee Guida dell' European Society of Urogenital Radiology e della Società Italiana di Radiologia medica).

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ n. tel \_\_\_\_\_

Esame richiesto \_\_\_\_\_ Quesito clinico \_\_\_\_\_

Si dichiara quanto segue:

- |     |   |                             |                             |
|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1)  | Il paziente ha già effettuato esami con mezzo di contrasto<br><i>se si indicare quali</i> _____                                   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2)  | Precedenti reazioni allergiche al mezzo di contrasto  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3)  | Allergia trattata farmacologicamente<br><i>se si indicare quale</i> _____   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4)  | Asma  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5)  | Ipertiroidismo  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 6)  | Insufficienza cardiaca grave ( <i>se si allegare ecocardio</i> )  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 7)  | Diabete   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 8)  | Insufficienza renale (creatininemia _____)  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 9)  | Ipertensione arteriosa  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 10) | Il paziente assume biguanidi (metformina)<br><i>se si deve sospendere il farmaco 48 ore prima e dopo l'esecuzione dell'esame!</i> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 11) | Il paziente assume abitualmente qualcuno dei seguenti farmaci   |                             |                             |
|     | - Interleukina 2  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
|     | - Antinfiammatori non steroidei   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
|     | - Aminoglicosidi  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
|     | - Beta-bloccanti  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
|     | - farmaci nefrotossici ( <i>quali?</i> _____)   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

timbro e firma leggibile  
del medico curante

Firma del Paziente  
o del Titolare del consenso

data \_\_\_\_\_

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

***prednisone 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.**

**Esclusivamente nei casi di accertata e grave allergia al mdc, l'eventuale sospensione di farmaci B-bloccanti sarà contemplata e valutata dal Cardiologo curante insieme all'Anestesista e al Radiologo della Radiologica Salus che contestualmente ne accerterà l'appropriatezza e l'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

\_\_\_\_\_