



Preparazione all'esame TAC con mezzo di CONTRASTO

Il/la paziente dovrà far compilare dal medico curante il modulo di richiesta (Questionario anamnestico) per la somministrazione del mezzo di contrasto, e consegnarlo presso la nostra segreteria, almeno 1 settimana prima dell'esame:

- Personalmente
- oppure
- Via e-mail all'indirizzo: segr.imm@casadicurasalus.it

Il questionario - compilato in tutte le sue parti dal proprio medico - dovrà inoltre essere consegnato - in originale – il giorno dell'esame.

Il/la paziente dovrà portare anche tutte le indagini precedenti inerenti all'esame.

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

- Esami di laboratorio richiesti: Dosaggio sierico di Creatinina ed Elettroforesi delle sieroproteine.

Il questionario e la presente prescrizione sono scaricabili dal sito web (www.casadicurasalus.it) o disponibili presso il banco Accettazione e la Segreteria della Radiodiagnostica al piano seminterrato

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

RICHIESTA PER ESAMI RADIOLOGICI CON MEZZI DI CONTRASTO (MDC ORGANO-IODATO)

(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
<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
<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)
<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

pantoprazolo 40 mg. 13 ore 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 Sanità 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 più 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 e gli esami ematochimici richiesti, devono essere consegnati, almeno una settimana prima dell'esame, al Dipartimento di Diagnostica per Immagini:

- **personalmente presso gli uffici di Segreteria**
- **via e-mail all' indirizzo: segr.imm@casadicurasalus.it**

La stessa documentazione dovrà essere consegnata anche in originale al momento dell'esame.

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