

**RMN**

**AL DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
DELLA CASA DI CURA 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***

***pantoprazolo 40 mg 13 ore 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.

RMN

AL DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
DELLA CASA DI CURA 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:

*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.

**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.

## COLON-RM

### Esame eseguibile senza e con contrasto

#### Preparazione all'esame

#### Il giorno precedente l'esame:

ore 8.00 - 6 compresse di PURSENNID

ore 13.00 dieta leggera

ore 16.30 1 litro d'acqua con 1 bustina di SELG-ESSE da 70g

ore 17.30 1 litro d'acqua con 1 bustina di SELG-ESSE da 70g

Cena: con brodo e liquidi non gassati

#### Il giorno dell'esame: digiuno

### In caso di Esame con CONTRASTO

- Dosaggio sierico di Creatinina
- Compilazione Questionario anamnestico da parte del Medico curante per la somministrazione del mezzo di contrasto
- Preparazione sopra indicata il giorno prima dell'esame

**N.B.:** La documentazione su riportata deve essere recapitata alcuni giorni prima dell'esame

- Personalmente
- Via email all'indirizzo [segr.imm@casadicurasalus.it](mailto:segr.imm@casadicurasalus.it)
- Tramite fax 0831516913
- ~~Tramite whatsapp 3356876646~~

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