

RM MAMMELLA


Esame eseguibile senza e con contrasto

A. Senza mezzo di contrasto per controllo protesi

B. Preparazione all'esame con CONTRASTO

- Dosaggio sierico di Creatinina
- Compilazione Questionario anamnestico da parte del Medico curante per la somministrazione del mezzo di contrasto

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

- Personalmente
- Via email all'indirizzo segr.imm@casadicurasalus.it
- Tramite fax 0831516913
- 

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.

RMN

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

Via Appia, 366 - 72100 BRINDISI

Data _____

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.

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 O e-mail 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

e-mail: segr.imm@casadicurasalus.it

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