

 	Ospedale Riuniti Padova Sud Dipartimento Area Servizi <i>UOC di Radiologia</i>
--	---

MODULO DI RICHIESTA ESAMI CON MEZZO DI CONTRASTO ORGANOIODATI E PARAMAGNETICI PER VIA INIETTIVA

Paziente _____ **Data di nascita** ____/____/____
Medico inviante _____
Indagine richiesta _____
Sospetto clinico per cui si richiede l'indagine radiologica _____
Anamnesi _____

	NESSUNA	LIEVE	MEDIA	GRAVE
Allergia al M.D.C		Obbligo premedicazione al MdC		
Altre allergie note		Valutazione medica premedicazione al MdC		
Ipertensione				
Cardiopatìa				
Encefalopatìa				
Nefropatìa				
Diabete *				
Epatopatìa				
Malattie infettive				
Anamnesi per mieloma				
Creatinina	Valore: _____		Data dell'esecuzione: _____	
se disponibile:				
Valore di filtrato glomerulare (GFR)	Valore: _____		Data dell'esecuzione: _____	

I pazienti in trattamento con Metformina devono sospendere il trattamento per 48h dopo la somministrazione del mezzo di contrasto iodato (non per gli esami di Risonanza Magnetica). Se la funzionalità renale basale (GFR: valore di filtrato glomerulare) è alterata la Metformina va sospesa 48h prima della somministrazione del mezzo di contrasto iodato e ripresa dopo 48h se non vi è peggioramento della funzionalità renale.

Data ____/____/____ Firma del Medico richiedente _____

Presentarsi a digiuno dalla mezzanotte per esami eseguiti in mattinata o a digiuno da 5/6 ore per esami eseguiti nel pomeriggio. I mezzi di contrasto per diagnostica possono dare effetti collaterali indesiderati per i quali sono previste tutte le possibilità di intervento e trattamento. Per ridurre tale rischio è indispensabile nei 3 giorni precedenti e per 24 ore dopo l'esame bere 2-3 litri di acqua. Consenso dei rischi connessi all'esecuzione dell'esame richiesto il paziente dichiara di acconsentire all'esecuzione dello stesso.

Data ____/____/____ Firma del paziente (*) _____

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame, verificato quanto sopra indicato, tenuto conto delle caratteristiche fisiche del paziente e del quesito clinico **prescrive e autorizza** l'esecuzione dell'esame con mezzo di contrasto:

Farmaco: _____	Quantità (ml): _____	Flusso (ml/s): _____
----------------	----------------------	----------------------

Data ____/____/____ Firma del Medico Radiologo _____

PREMEDICAZIONE AL MEZZO DI CONTRASTO IODATO/PARAMAGNETICO

Dichiaro di aver assunto la terapia indicata come premedicazione al M.D.C.

Data ____/____/____ Firma del paziente (*) _____

(*) Firma dell'esercente/i la potestà genitoriale in caso di minore.

(*) Firma del curatore o tutore o amministratore di sostegno in caso di incapacità.