



Cognome..... Nome.....
Nato il..... a residente a.....
in via.....

Esami di laboratorio (CAMPO OBBLIGATORIO – DA COMPILARE)

CREATININA (data di esecuzione non superiore a due mesi. Se $\geq 1,50$ mg/dl e $< 2,50$ mg/dl si rimanda al punto "b" della pagina 2)

Dati anamnestici e quesito clinico ed eventuali allergie (CAMPO OBBLIGATORIO). In caso di allergia grave e/o già riscontrata precedentemente , eseguire una visita allergologica presso un centro dedicato e contattare successivamente la nostra radiologia il prima possibile.

.....
.....
.....

Indagini già eseguite (CAMPO OBBLIGATORIO DA COMPILARE)

.....
.....

Preparazione del paziente

N.B: DIGIUNO DA ALMENO 6 ORE. AL TERMINE DELL'INDAGINE SI CONSIGLIA VIVAMENTE UNA BUONA IDRATAZIONE NELL'ARCO DELLE PRIME 12 ORE. SE FOSSE IN TERAPIA CON LA METFORMINA DOVREBBE SOSPENDERLA 48 ORE PRIMA DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME.

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE

Il /la sottoscritto/a....., reso/a edotto/a dal medico curante dei rischi inerenti all'indagine radiologica di cui necessita ne accetta l'espletamento.

Per le donne in età fertile: la gravidanza, anche sospetta, non consente l'esecuzione dell'indagine, la sottoscritta esclude qualsiasi fondato sospetto di gravidanza.

Data:..... FIRMA:.....



DICHIARAZIONE DEL MEDICO CURANTE O RICHIEDENTE

Il /la sottoscritto/a....., attesta che l'esame richiesto per il/la sig/ra risponde ad uno stato di necessità. L'interessato è stato edotto dei rischi inerenti all'indagine proposta con l'uso di sostanze organo-iodate per via iniettiva. (Nota del 17/09/1997 del Ministero della Sanità).

Data:..... FIRMA E TIMBRO:.....

PER PRESA VISIONE IL MEDICO RADIOLOGO

Data:.....FIRMA:.....

Informazioni utili per i pazienti che eseguono tac con mdc

- *Per i pazienti che portano la protesi dentaria si richiede di non applicare la pasta adesiva.*
- *Togliere eventuali monili.*
- *Portare eventuali esami precedenti.*
- *Farsi accompagnare possibilmente.*
- *Segnalare al personale della radiologia eventuali allergie.*

Protocollo di premedicazione in caso di funzionalità renale ridotta per l'esecuzione di esami con mezzo di contrasto iodato endovenoso

Gentile paziente, la informiamo che entro 3 giorni dalla somministrazione intravascolare di un mezzo di contrasto in assenza di una eziologia alternativa, si verifica una alterazione della funzionalità renale cioè un aumento della creatinina sierica superiore a 0,5 mg/dl o un aumento superiore al 25% del valore basale. Questo fenomeno è dovuto alla nefrotossicità del mezzo di contrasto e. v. se il risultato della sua creatinina è:

a) $\geq 1,00$ mg/dl e $< 1,49$ mg/dl: dovrà impegnarsi a bere 1,5 litri di acqua nelle successive 12 ore.

b) $\geq 1,50$ mg/dl e $< 2,50$ mg/dl: interrompere la somministrazione di farmaci nefrotossici, di mannitolo e diuretici (in particolare dell'ansa: furosemide o torasemide) per almeno 24 ore prima dell'esame (particolarmente ciclosporina, cisplatino, amino glicosidi, anti infiammatori); NON modificare la posologia degli ACE-I e sartani.

Le verrà somministrato un flacone da 500 ml di bicarbonato di sodio 1,4% alla velocità di 300 ml/ora per 30 minuti prima (quindi si prega di arrivare 40-45 minuti prima) e 200 ml/ora per 30 minuti dopo la somministrazione del mezzo di contrasto. Dovrà inoltre bere dopo l'esame 1,5 litri di acqua nelle successive 12 ore.

Dichiaro di aver rispettato le indicazioni sopra indicati:

Firma del paziente:

Firma Infermiere (solo se applicato punto b):

.....

.....