

**TC CON MEZZO DI CONTRASTO**

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE O SPECIALISTA

PAZIENTE \_\_\_\_\_

SESSO  M  F DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ PESO KG \_\_\_\_\_

EVENTUALI MALATTIE ACCERTATE / POSSIBILI FATTORI DI RISCHIO	
Cardiopatìa _____	Emopatia----- _____
Ipertensione _____	Mal. App. digerente _____
Vasculopatia _____	Mal. Tratto urinario _____
Nefropatia _____	Farmaci nefrotossici _____
Tireopatia _____	Diabete _____
Epatopatia _____	<b>sospendere METFORMINA il giorno</b>
Mal. App. Resp. _____	<b>dell'esame e almeno 48 ore dopo l'esame</b>
Allergopatia _____	Altro _____

Precedenti reazioni a farmaci:  SI  NO  non noto Se sì quali farmaci? \_\_\_\_\_

Precedenti somministrazioni di M.D.C.  SI  NO

Precedenti reazioni a M.D.C.  SI  NO

1. EVENTUALI TRATTAMENTI CONCOMITANTI (esclusa premedicazione):  SI  NO

Se si specificare:.....

A conoscenza dei rischi che l'esame comporta, ho comunque ritenuto opportuno prescriverlo per il bene e la salute del Paziente.

\_\_\_\_\_  
 Timbro e firma per esteso  
 del Medico Curante o dello Specialista

IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER REAZIONI DI TIPO ALLERGICO (barrare il riquadro interessato)

PAZIENTE RICOVERATO:

- Dichiaro di aver provveduto a premedicare il Paziente Metilprednisolone orale (o equivalente), 32mg somministrati sia 12 ore, che 2 ore prima dell'espletamento dell'esame radiologico.

Mod\_IO36\_01 Rev03 26/02/2024

STRUTTURA DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA CHIRURGIA ROBOTICA ORTOPEDICA

PAZIENTE ESTERNO:

- Dichiaro di aver informato il mio assistito sulla necessità di assumere 32mg di Metilprednisolone (o equivalente), sia 12 ore, che 2 ore prima dell'espletamento dell'esame radiologico.

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma per esteso  
del Medico Curante o dello Specialista

N.B. L'ESAME RADIOLOGICO DI CUI TRATTASI NON VERRA' ESEGUITO QUALORA IL PAZIENTE CON ANAMNESI POSITIVA PER REAZIONI DI TIPO ALLERGICO NON RISULTASSE PREMEDICATO SECONDO LE PRESCRIZIONI SOPRA SPECIFICATE.

### PARTE RISERVATA AL PAZIENTE

Il/la sottoscritto/a:.....

#### PRESA COSCIENZA CHE:

- L'uso del mezzo di contrasto iodato per via endovenosa consente l'opacizzazione dei vasi e dei tessuti durante l'esame radiologico, fornendo in tal modo più informazioni per valutare il problema clinico del Paziente:
- Reazioni allergiche di lieve entità al mezzo di contrasto iniettato si hanno circa 1 su 5 Pazienti e consistono in prurito, starnuti ed orticaria; meno comunemente reazioni lievi includono difficoltà respiratoria e gonfiore al viso;
- Complicanze più serie si hanno in circa 1 caso su 2.000 ed includono reazioni allergiche gravi, abbassamento della pressione arteriosa, collasso cardio-circolatorio e difficoltà respiratoria; raramente (1 caso su 60.000) queste complicanze possono indurre al decesso;
- Ai pazienti di età superiore agli 85 anni non verrà effettuato l'esame con somministrazione di Mezzo di Contrasto;
- Il rischio di una reazione grave è aumentato nel caso il Paziente soffra di diabete o asma, presenti allergie a cibi o farmaci oppure abbia avuto precedenti reazioni dopo somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto iodato:

#### AUTORIZZA

con la sottoscrizione del presente atto, il Servizio in indirizzo a praticargli l'iniezione endovenosa di mezzo di contrasto.

Data,.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Paziente per esteso

Mod\_IO36\_01 Rev03 26/02/2024

STRUTTURA DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA CHIRURGIA ROBOTICA ORTOPEDICA

Gent.mo Dr.

Medico di Medicina Generale

Spm

Verona,.....

Gentile dottore,

il suo assistito dovrà essere sottoposto ad esame contrastografico.

È necessaria la conoscenza di eventuali malattie, possibili fattori di rischio (come da modello allegato)

e il dosaggio della **Creatinina** effettuato negli ultimi **90 gg.**

Si ringrazia per la cortese collaborazione.

La Direzione Sanitaria

Mod\_IO36\_01 Rev03 26/02/2024

STRUTTURA DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA CHIRURGIA ROBOTICA ORTOPEDICA

**CLINICA SAN FRANCESCO S.r.l. – CASA DI CURA PRIVATA - Accreditata S.S.N**

Clinica San Francesco: Via Monte Ortigara, 21/B – 37127 Verona (sede legale) | Via Santini, 8 – 37124 Verona

Centro Diagnostico: Corso Venezia, 123 – 37131 Verona

Tel 045 9009090 | info@clnicasanfrancesco.it | clinicasanfrancesco.it

Iscritta al registro Imprese di Verona n. 00420560237 | Cap. Soc. € 5.232.425,00 i.v. | C.F 00420560237 P. IVA 03831150366

Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento di GHC S.p.A.