

Modulo da completare a cura del Medico Proponente

Valutazione clinico anamnestica volta ad accertare patologie o fattori di rischio che controindichino o impongano particolare caute nell'uso del mezzo di contrasto con gadolinio

Cognome Nome data di nascita/...../..... peso

• ANAMNESI POSITIVA PER

precedenti reazioni avverse a mezzi di contrasto a base di Gadolinio SÌ NO
se ha risposto SI descrivere il tipo di reazione ed eventuale terapia, se possibile allegare eventuale documentazione:

anafilassi idiopatica

mastocitosi

angioedema ricorrente in atto

orticaria in atto

asma bronchiale non controllato da terapia, ovvero nelle ultime 4 settimane ha avuto:

- sintomi più di 2 volte/settimana? SÌ NO

- ogni notte si sveglia per l'asma? SÌ NO

- ha utilizzato il salbutamolo (Ventolin/Broncovaleas) più di 2 volte/sett? SÌ NO

- ha avuto limitazioni dell'attività a causa dell'asma? SÌ NO

Se ha selezionato una delle patologie o ha risposto SÌ ad una delle domande, la possibilità di eseguire l'esame sarà definibile solo in Radiologia e pertanto potrà essere rimandato in attesa di una consulenza dello Specialista allergologo o di una valutazione del Medico curante o dello Specialista di riferimento.

Si rammenta che secondo le Linee guida di riferimento ESUR (10.0) **la premedicazione non è raccomandata.**

• E' SOTTOPOSTO A EMODIALISI

SÌ NO

Se il paziente è sottoposto ad EMODIALISI è necessario che la struttura dove viene eseguita la emodialisi ci contatti.

secondo le Linee guida ESUR 10.0 **non è necessario il dosaggio della creatininemia**, fatta eccezione per lo studio della patologia del fegato e delle vie biliari con mezzo di contrasto a parziale escrezione biliare.

In questo caso è obbligatorio, al momento dell'esecuzione dell'indagine radiologica, presentare il referto del dosaggio della creatininemia eseguito in data non antecedente a una settimana.

Ho valutato i test di funzionalità renale

NON ANTECEDENTI 6 SETTIMANE dalla data della richiesta e dichiaro che il paziente presenta:

• Insufficienza renale	SI***		NO
------------------------	-------	--	----

*** :In caso di risposta positiva è necessario rendere disponibili i seguenti valori:

- Filtrato glomerulare (FG) è di _____ ml/minuto/m² in data _____
- creatininemia è di _____ mg/dl in data _____ (non superiore a 30 gg dall'esame)
- : il VFG < 40 ml/min/m² il MdC va somministrato in struttura protetta;

Dichiaro che il paziente presenta:

• Insufficienza epatica grave	SI		NO
• Insufficienza cardiovascolare grave	SI		NO
• Anamnesi per mieloma (esami TAC)	SI		NO
• Trattamento in atto con farmaci (beta-bloccanti, biguanidi, interleukina)	SI		NO
• Assunzione di alcool, droghe	SI****		

**** : in caso di risposta positiva è necessario specificare: _____

Data/...../.....

Firma del Medico proponente

Firma del Paziente

Firma del Medico Radiologo

Raccomandazioni generali per esami programmati (non eseguiti in emergenza):

- **Digiuno da cibi solidi da 5 ore;**
- **Consentita assunzione di acqua fino ad un'ora prima dell'esame (max 3 bicchieri da 100 ml nelle ultime due ore;**
- **Continuare l'assunzione di eventuali farmaci** (salvo diversa indicazione da parte del Medico curante);
- portare in visione la **documentazione clinica precedente, incluse le immagini radiologiche;**

si rammenta che alcuni valori degli esami emato-chimici nelle 24 ore dopo l'esame potrebbero essere alterati