

## Da compilare 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 iodato

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

#### • ANAMNESI POSITIVA PER

- 
- precedenti reazioni avverse a MDC a base di iodio  SÌ  NO
- Se ha risposto SÌ, descrivere il tipo di reazione ed eventuale terapia, se possibile allegare documentazione:
- pregresso shock anafilattico
- 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/settimana?  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.*

#### • CONDIZIONI PREDISponentI A DANNO RENALE DA MEZZO DI CONTRASTO A BASE DI IODIO

- diabete mellito, indicare se viene assunta **METFORMINA**  SÌ  NO
- insufficienza renale acuta (episodi pregressi)
- insufficienza renale cronica
- monorene o storia di chirurgia renale maggiore
- nefropatie/proteinuria
- mieloma

**Si rammenta che, al momento dell'esecuzione dell'indagine radiologica, il Paziente dovrà presentare il referto del dosaggio della creatininemia eseguito in data non antecedente a 30 giorni.**

**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/m<sup>2</sup> in data \_\_\_\_\_
- creatininemia è di \_\_\_\_\_ mg/dl in data \_\_\_\_\_ (non superiore a 30 gg dall'esame)
- TC: se il VFG < 40 ml/min/m<sup>2</sup> la prestazione non può essere eseguita presso la nostra struttura.

**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: \_\_\_\_\_**

**Se viene assunta METFORMINA, il Medico proponente deve far sospendere il farmaco al momento dell'esame; il farmaco potrà essere ripreso 48 ore dopo l'esame se la funzionalità renale non sarà peggiorata.**

Si rammenta che **la sospensione di farmaci nefrotossici** (quali ACE inibitori-sartani, aminoglicosidi, antifungini, antivirali, beta-bloccanti, biguanidi, diuretici dell'ansa, FANS, interluchina) **non è necessaria** a meno che non sia ritenuto opportuno da parte dello specialista Nefrologo e/o del Medico Curante.

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