

QUESTIONARIO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO

(Data ultima revisione: 09/07/2021)

Questionario da compilarsi da parte del Medico prescrittore

(la mancata compilazione del questionario potrebbe precludere l'effettuazione dell'esame)*

PAZIENTE:

NOME e COGNOME nato/a a
il.....

ATTENZIONE: La preghiamo di voler **segnalare**:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| • comprovata allergia ai mezzi di contrasto iodati (se noto, quale.....) | sì | no |
| • asma bronchiale sintomatica | sì | no |
| • orticaria in atto | sì | no |
| • angioedema ricorrente | sì | no |
| • mastocitosi | sì | no |
| • pregresso/i episodio/i di shock anafilattico da causa non determinata | sì | no |
| • stato di gravidanza (possibile o accertata) | sì | no |
| • forme di grave insufficienza cardio-vascolare | sì | no |
| • ipertiroidismo manifesto | sì | no |
| • assunzione di metformina | sì | no |
| • eventuale somministrazione di m.d.c. ev nelle ultime 48-72h | sì | no |
| • funzionalità dei reni: creatininemia e-GFR del..... (dosaggio eseguito nei 3 mesi precedenti; nella settimana precedente in caso di patologia acuta o di evento esterno che possa aver influenzato negativamente la funzionalità renale) | | |

Timbro e firma del Medico Radiologo (per presa visione)
prescrittore.....

Timbro e firma del Medico Radiologo (per presa visione)
.....

***Nel caso in cui dovesse rispondere "sì" una o più volte oppure se e-GFR<30, si prega di contattare** il Servizio di Radiologia presso cui sarà eseguito l'esame non appena ottenuta la data dell'appuntamento, onde poter mettere in atto adeguati provvedimenti.



REGIONE
PIEMONTE

ASSESSORATO SANITA', LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA, EDILIZIA SANITARIA

Gli utenti da sottoporre a preparazione antiallergica devono essere accompagnati e dopo l'effettuazione dell'esame non possono mettersi alla guida di alcun veicolo.