

OSPEDALE EVANGELICO INTERNAZIONALE
Salita Sup. S. Rocchino, 31 A - Tel. 010-55221
Struttura Complessa di Diagnostica per Immagini

MODULO PER ESAMI CON MDC IODATI NON IONICI E.V.

COGNOME e NOME _____ **ESAME RICHIESTO** _____

Il giorno dell'esame il paziente deve presentarsi a digiuno, da 6-8 ore per i cibi solidi e da 2 ore per i liquidi, ed è assolutamente necessario portare tutti gli esami precedenti, RX, ecografie, TC, RM ed eventuali cartelli cliniche.

E' necessario da parte del prescrivente produrre un quesito clinico particolareggiato, corredato da notizie anamnestiche e cliniche, al fine di consentire allo specialista radiologo di rispondere al quesito diagnostico.

Scopo dell'esame _____

Precedenti interventi chirurgici ed altre notizie anamnestiche di interesse _____

Precedenti anamnastici di allergie NO[] SI'[] **a mezzi di contrasto** NO[] SI'[]

Al medico prescrittore: in conformità alla nota del ministero della sanità del 17/07/97 sull'utilizzazione dei mezzi di contrasto è necessario conoscere le condizioni clinico-anamnestiche del paziente relativamente all'indagine che comporta l'uso di MdC iodato di tipo non ionico. In particolare è indispensabile essere informati su: **comprovato rischio allergico, insufficienza epatica renale o cardiovascolare, paraproteinemia, mieloma multiplo, grave ipertiroidismo, diabete scompensato, feocromocitoma, drepanocitosi omozigote.**

Il paziente deve eseguire e presentare i seguenti esami: **E.C.G., Glicemia, Azotemia e Creatininemia - Transaminasi - Proteinemia ed elettroforesi.**

N.B. per il medico curante: certifico, la non evidenza clinica delle controindicazioni suddette; pertanto l'indagine contrastografica, secondo recenti disposizioni del Ministero della Sanità (prot. N°900, V/II.AG/642 del 17.9.97) può essere effettuata, **senza esecuzione degli esami ematochimici propedeutici**

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO _____

EFFETTI COLLATERALI E REAZIONI AVVERSE

Il mezzo di contrasto può raramente provocare reazioni avverse che vengono classificate come **lievi** (nausea, vomito, prurito), **moderate** (vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo) e sono di solito risolte con semplici provvedimenti terapeutici. Le reazioni **severe** (shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-circolatorio), rarissime, possono in casi eccezionali provocare il decesso.

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato degli effetti collaterali e secondari (reazioni inattese avverse) che possono derivare dall'uso del mezzo di contrasto iodato necessario per l'esecuzione degli esami con mezzo di contrasto, di aver ricevuto risposta agli interrogativi posti al medico e dà il Suo consenso all'effettuazione dell'esame con mezzo di contrasto iodato endovenoso.

FIRMA DEL PAZIENTE

FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO

DATA _____
010/5522231.

Per ulteriori informazioni rivolgersi al numero