

**MODULO DI RICHIESTA PER ESAMI TC con o senza MDC**

COGNOME _____	NOME _____
NATO A _____	IL _____
REPARTO DI DEGENZA : _____	
AMBULATORIALE : _____ MEDICO RICHIEDENTE _____	

**Il giorno dell'esame il paziente deve presentarsi a digiuno da 6-8 ore per cibi solidi e 2 ore per liquidi.**

**E' assolutamente necessario portare tutti gli esami precedenti: RX, ecografie, TC, RM ed eventuali cartelle cliniche.**

E' necessario da parte del prescrivente fornire un quesito clinico dettagliato, corredato da notizie clinico-anamnestiche, al fine di consentire allo specialista radiologo di rispondere in maniera idonea al quesito diagnostico.

<b>Indagine richiesta</b>
<b>Scopo dell'esame</b>
<b>Precedenti clinici di interesse (interventi chirurgici e altre notizie)</b>

**AL MEDICO PRESCRITTORE:**

Precedenti anamnestici di allergia	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	a mezzi di contrasto iodati	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Storia allergica trattata con farmaci	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
Storia di asma	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
Ipertiroidismo	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
Cardiopatìa	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
Diabete Mellito	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
Insufficienza renale	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
Ipertensione arteriosa	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
Insufficienza epatica	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		

Valore **Creatinina** \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ (se non posseduta è **obbligatorio eseguirla** prima dell'esame TC)

**In caso di valori di Creatinina superiori contattare il Servizio di Radiologia per ulteriori informazioni e, appurata la necessità di eseguire l'indagine con MdC iodato, prendere accordi per attuare il protocollo per la prevenzione della nefropatia d MdC.**

**In caso di terapia farmacologia con Metformina, è **INDISPENSABILE** sospendere il farmaco 48 ore prima e dopo l'esecuzione dell'esame con mdc, per la prevenzione della nefropatia da MdC.**

**In caso di terapia farmacologia con interleukina 2, aminoglicosidi, beta-bloccanti, specificare quale:**

\_\_\_\_\_

**Firma e timbro del Medico richiedente**

**Data** \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALLA STRUTTURA COMPLESSA DI RADIOLOGIA**

**Consenso informato**

Informato dell'indicazione clinica, delle modalità esecutive e delle eventuali complicanze connesse con l'esecuzione dell'esame richiesto e con la somministrazione del mezzo di contrasto, dichiaro di acconsentire allo svolgimento dell'indagine con mezzo di contrasto.

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma del paziente** \_\_\_\_\_

**Preso atto delle informazioni assunte direttamente dal paziente e dei dati clinico-anamnestici raccolti dal Medico Curante/Prescrivente, del quesito e dell'indagine proposta, si ritiene:**

- di procedere all'esame:.....
- di **NON** procedere all'esame: .....
- di sostituire l'esame proposto con altra indagine:.....

NOTE .....

**Firma e timbro del Medico Radiologo**

**Data** \_\_\_\_\_