

Dipartimento Diagnostico **MODULO INFORMATIVO PER ESAMI TC CON MEZZO DI CONTRASTO**

Il giorno dell'esame presentarsi:

- A digiuno da almeno 6 ore.
- Assumendo regolarmente la terapia farmacologica.

**In caso di terapia insulinica consultare il Medico di Medicina Generale.
Pazienti Diabetici che assumano METFORMINA devono sospenderla 24h
prima e 24h dopo l'esame.**

Presentarsi, inoltre, muniti di:

- Richiesta dematerializzata correttamente compilata.
- Modulo anamnestico per la somministrazione del mezzo di contrasto organoiodato firmato e timbrato dal Medico richiedente l'esame.
- Documentazione completa ed eventuali esami precedenti eseguiti in altre strutture (RX, Ecografie, TC e RM) con immagini o CD.

Informazioni specifiche:

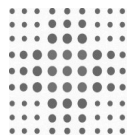
- ☐ Uro-TC e TC Addome: per calcolosi vie urinarie – presentarsi a vescica piena.
- ☐ TC Addome: potrà essere praticato Clisma ad acqua su disposizione del Medico Radiologo.
- ☐ TC Cerebrale, Massiccio Facciale, Collo: non indossare oggetti metallici nelle zone interessate, le protesi dentarie od acustiche verranno rimosse dal Personale Sanitario.
- ☐ TC Torace: non indossare collane.
- ☐ TC Cuore: è richiesto esame della Creatininemia eseguito entro gli ultimi 3 mesi.
- ☐ Entero-TC e Colon-TC: consultare il modulo di preparazione dedicato.

Per informazioni o disdette:

Segreteria Scienze Radiologiche: 0521/703646

Segreteria Radiologia Piastra Tecnica: 0521/702075 – 0521/702076

Segreteria Neuroradiologia: 0521/702801 – 0521/703038



Dipartimento Diagnostico
MODULO ANAMNESTICO PER ESAMI TC CON MDC ORGANOIODATO
(Ministero della Sanità prot. 900:VI/11.AG/6542 del 17.9.1997)

Dichiarazione del Medico attestante l'esistenza di condizioni patologiche che possano favorire reazioni collaterali in seguito all'introduzione di MDC organoiodati.

Il/La Sig./ra _____ Nato/a il _____

☐ A seguito di valutazione Clinico-Anamnestica vi è evidenza di:

Rischio Allergico	☐ Ipersensibilità specifica allo iodio o precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzi di contrasto iodato. ☐ Precedenti reazioni allergiche a farmaci o sostanze diverse dai mezzi di contrasto. ☐ Asma bronchiale sintomatico. ☐ Orticaria in atto. ☐ Angioedema ricorrente. ☐ Mastocitosi. ☐ Anafilassi idiopatica. In caso di evidenza anamnestica positiva anche ad un solo degli eventi sovraindicati è necessario contattare il Dipartimento Diagnostico ai fini dell'adozione della strategia diagnostica più indicata e sicura.
Rischio di danno renale	☐ Gotta. ☐ Ipertensione. ☐ Ipertiroidismo. ☐ Condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio-grave in seguito all'introduzione del mezzo di contrasto. ☐ Insufficienza renale. ☐ Storia di patologia renale o pregressi interventi a livello renale. ☐ Insufficienza epatica. ☐ Insufficienza cardiaca. ☐ Mieloma o paraproteinemie. ☐ Diabete.

☐ A seguito di valutazione Clinico-Anamnestica **NON** vi è evidenza di alcuno dei sopracitati rischi allergico o di danno renale.

Data: _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE

CONSENSO INFORMATO

Il/La sottoscritto/a _____ informato/a dell'indicazione all'indagine e degli eventuali rischi o complicazioni ad essa connesse *acconsente* l'utilizzo di mezzi di contrasto organoiodati non ionici.

In fede

Il Medico
