



ASSESSORATO SANITA', LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA, EDILIZIA SANITARIA

MODELLO B1

QUESTIONARIO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO A BASE DI GADOLINIO

(Data ultima revisione: 09/07/2021)

Questionario da compilarsi da parte del Medico prescrittente

(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 a base di Gadolinio (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 |
| • | 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)

Data.....

Timbro prescrittente.....	e	firma	del	Medico
------------------------------	---	-------	-----	--------

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.

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