



ASSESSORATO SANITA', LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA, EDILIZIA SANITARIA

MODELLO C1

QUESTIONARIO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO

(Data ultima revisione: 09/07/2021)

Questionario da compilarsi da parte del Medico prescrivente

(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
prescrivente.....

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.