



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.