

	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	MO_AFODI_10
Modulo Area Funzionale di Radiologia per richiesta esame TC o esame con MDC endovenosa	Rev. 02 Agosto 2019	Pagina 1 di 2

- Area Comune di Radiologia tel. 075/578.3377 e 578.4300 fax 075/578.4307
- Neuroradiologia tel. 075/578.2314 fax 075/578.2321

richieste incomplete o non sufficientemente motivate saranno respinte

PAZIENTE _____ NATO IL _____ PESO Kg _____

DISTRETTO/I DA ESAMINARE _____

ORIENTAMENTO DIAGNOSTICO _____

RELAZIONE CLINICA (specificare gli esami di diagnostica per immagini eseguiti e le loro conclusioni):

ESAMI DI LABORATORIO INDISPENSABILI ER SOMMINISTRAZIONE DI M.D.C. (da allegare): glicemia, azotemia, creatininemia, elettroforesi proteica con tracciato (in caso di alterazione dell'elettroforesi proteica si consiglia ulteriore determinazione del rapporto Kappa/Lambda e ricerca di proteinuria di Bence Jones).

Nel caso si riscontrino segni clinici di insufficienza cardiocircolatoria si consiglia ECG.

N.B. Il paziente deve presentarsi digiuno da almeno 6 ore.

Io sottoscritto Dott./Prof.(stampatello) _____ dichiaro di aver informato il paziente sui rischi collegati alla procedura richiesta e di aver riscontrato i seguenti potenziali fattori di rischio alla somministrazione e.v. di m.d.c. iodato (barrare le caselle corrispondenti):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Insufficienza epatica grave | <input type="checkbox"/> insufficienza cardiovascolare | <input type="checkbox"/> insufficienza renale |
| <input type="checkbox"/> Paraproteinemia di Waldenstrom | <input type="checkbox"/> mieloma multiplo | <input type="checkbox"/> precedenti reazioni allergiche |
|
 | | |
| <input type="checkbox"/> Non aver riscontrato nessuno dei suddetti potenziali fattori di rischio | | |
| sospetta gravidanza SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |

La somministrazione e.v. di m.d.c. in presenza di uno o più fattori di rischio deve essere valutata di concerto dal Medico Radiologo o Neuroradiologo con il Medico curante come da nota n. 900.VIAG/642 del Ministero della Sanità. Precedenti reazioni allergiche devono essere segnalate per eventuale preventiva terapia desensibilizzante.

SOGGETTI A RISCHIO

- **Pregressa reazione allergica o pseudo-allergica a seguito di un'indagine con la medesima classe di MdC da impiegare (per es. a base di gadolinio o di iodio)**
- **Presenza di asma bronchiale o orticaria-angioedema non controllati dalla terapia farmacologica**
- **Mastocitosi**
- **Pregressa anafilassi idiopatica (ovvero storia di episodio/i di anafilassi in cui non è riconoscibile la causa scatenante)**

NON RISULTA / **RISULTA** la presenza di **rilevi anamnestici di natura allergica** (causa di aumentato rischio) ed in particolare (eventualmente indicare): _____

**Modulo Area Funzionale di Radiologia
per richiesta esame TC o esame con MDC endovenosa**Rev. 02
Agosto 2019Pagina
2 di 2**Premedicazione in caso di pregressa reazione allergica o pseudo-allergica a MdC**

FARMACI	13 ore prima dell'esame	7 ore prima dell'esame	1 ora prima dell'esame
PREDNISONE 25 mg o METILPREDNISOLONE 16 mg + CETIRIZINA 10 mg	2 cp OS	2 cp OS	2 cp OS 1 cp OS
<i>oppure</i>			
METILPREDNISOLONE 40 mg + CLORFENAMINA 10 mg	1 fl EV	1 fl EV	1 fl EV 1 fl EV

Premedicazione in caso di angioedema ricorrente, mastocitosi o anafilassi idiopatica

FARMACI	12 ore prima dell'esame	2 ore prima dell'esame	1 ora prima dell'esame
PREDNISONE 25 mg o METILPREDNISOLONE 16 mg + CETIRIZINA 10 mg	2 cp OS	2 cp OS	1 cp OS
<i>oppure</i>			
METILPREDNISOLONE 40 mg + CLORFENAMINA 10 mg + MONTELUKAST 10 mg	1 fl EV	1 fl EV	1 fl EV 1 cp OS

Premedicazione in caso di esame in urgenza, orticaria in atto o asma bronchiale sintomatico

FARMACI	Subito prima dell'esame
IDROCORTISONA 200 mg + CLORFENAMINA 10 mg	1 fl EV 1 fl EV

Data

Firma del Medico richiedente