

**DIPARTIMENTO DI TECNOLOGIE PESANTI  
U.O.C. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA ED INTERVENTISTICA  
P.O. "SS. FILIPPO E NICOLA" - AVEZZANO**

**QUESTIONARIO PRELIMINARE, NOTA INFORMATIVA E CONSENSO ALL'IMPIEGO DI MDC  
ORGANOIODATO E PARAMAGNETICI PER VIA ENDOVENOSA IN ESAMI RX, TC E RM**

La presente scheda è parte integrante della documentazione clinica del paziente deve essere consegnata **debitamente compilata e firmata dal paziente dal Medico Curante e/o prescrittore dell'esame. Se la scheda non viene compilata in tutte le sue parti, il mezzo di contrasto non può essere somministrato.**

Nome e Cognome ..... nato/a il ..... peso (Kg) .....

Nazionalità ..... Intervento di mediatore/interprete: SI NO

Esame proposto: ..... Quesito diagnostico: .....

**DATI INDISPENSABILI FORNITI DAL MEDICO CURANTE / O PRESCRITTORE DELL'ESAME**

Allo scopo di individuare eventuali condizioni di rischio per l'esecuzione di indagine radiologiche con MdC, anche in ottemperanza alle raccomandazioni di cui alla nota del Ministero della Sanità del 17/09/1997, dichiaro che, sulla base degli elementi clinici a mia conoscenza e dei dati anamnestici direttamente forniti dal paziente risulta quanto segue:

**Precedenti reazioni allergiche a MdC:** SI NO  
**o Moderate (orticaria, broncospasmo,...) o Gravi (edema polmonare o laringeo, shock anafilattico,...)**  
**Contattare il Centro Allergologico del P.O. di Avezzano (fmurzilli@asl1abruzzo.it, fcucinelli@asl1abruzzo.it)**

**Precedenti reazioni allergiche a Farmaci:** SI NO  
**o Moderate (orticaria, broncospasmo,...) o Gravi (edema polmonare o laringeo, shock anafilattico,...)**

**Precedenti reazioni allergiche Alimentari:** SI NO  
**o Moderate (orticaria, broncospasmo,...) o Gravi (edema polmonare o laringeo, shock anafilattico,...)**

- Nel caso di pazienti genericamente allergici è necessario instaurare una premedicazione mediante farmaci cortisonici, antistaminici ed anti-H2 (Prednisone 50mg 1cp, Ranitidina 300mg 1cp, Clorfenamina 10mg 1cp) 12 ore e 2 ore prima dell'esame.

**Insufficienza renale: SI NO se si: in trattamento dialitico SI NO**

- Se il paziente ha funzione renale ridotta (Creatinina > 1,3 mg/dl e/o GFR > 30 e < 60 ml/min (calcolato con la formula MDRD)), si deve praticare, se le condizioni circolatorie lo consentono, un'idratazione isotonica per via endovenosa (esempi: 3ml/kg di sodio bicarbonato (150 meq in 850 ml di acqua sterile parentesi) un'ora prima dell'esame), somministrare Acetilcisteina (es. Fluimucil 2cps da 600mg x 2/die il giorno prima e il giorno dell'esame) e sospendere terapia diuretica.

**Diabete mellito: SI NO se si: in trattamento con Metformina SI NO**

- se il paziente è diabetico in trattamento con Metformina, il farmaco deve essere sospeso il giorno dell'esecuzione dell'esame e per 48 ore dopo l'esame per evitare il rischio di acidosi lattica.

**Terapia in corso con farmaci nefrotossici (Fans, ACE-inibitori, aminoglicosidi, cisplatino, ciclosporina) SI NO**

**Iperteroidismo grave SI NO**

**Mieloma multiplo, amiloidosi o malattia di Waldstrom: SI NO**

**Insufficienza epatica severa: SI NO**

**Insufficienza cardiaca congestizia: SI NO**

**Disidratazione o uso cronico di diuretici: SI NO**

**Mastocitosi sistemica: SI NO**

**Asma bronchiale: SI NO**

**Altre manifestazioni allergiche: .....**

*Le condizioni di rischio che sono elencate non rappresentano controindicazioni assolute all'esecuzione dell'indagine con MDC ma consentono di valutare con precisione il paziente e programmare l'esame nella maniera più idonea. I medici del reparto di radiologia sono a disposizione dei medici curanti e dei pazienti per ogni eventuale chiarimento in merito alle metodiche di indagine e all'utilizzo dei MDC iodati e paramagnetici.*

Ho provveduto a far eseguire al paziente il seguente esame che forniscono alleate in allegato:

**Glicemia: ..... Azotemia: ..... Creatininemia: ..... Bilirubinemia: ..... Esame urine**

Firma del paziente ..... Firma del medico che propone l'esame .....

**Portare in visione la documentazione clinica** (visite specialistiche, descrizione interventi chirurgici, lettere di dimissione ospedaliera, ...) **e radiologica** (radiografie, ecografie, TC e RM) relative alla problematica clinica in esame, gli **ESAMI EMATOCHIMICI SONO VALIDI SE NON PIU' VECCHI DI 6 SETTIMANE.**

**IN ASSENZA DI QUESTA DOCUMENTAZIONE L'ESAME POTRA' NON ESSERE ESEGUITO**

## SCHEDA DI SEGNALAZIONE REAZIONE AVVERSA A MEZZI DI CONTRASTO

NOME ..... COGNOME .....

DATA DI NASCITA ..... SESSO O F O M

DATA EFFETTUAZIONE ESAME ..... TIPO DI ESAME .....

PRECEDENTI ESAMI CON MdC .....

MEZZO DI CONTRASTO UTILIZZATO .....

VIA DI SOMMINISTRAZIONE ..... QUANTITA' ..... VELOCITA' DI INFUSIONE .....

PREMEDICAZIONE O SI O NO

SE SI QUALI FARMACI SOMMINISTRATI:

.....  
.....

TEMPO DI COMPARSA REAZIONE: MINUTI/ORE .....

SEGNI CLINICI:  ERITEMA  ORTICARIA  ANGIOEDEMA

BRONCOSPASMO  VARIAZIONI P.A.  VARIAZIONI F.C.

SINTOMI:  PRURITO  SENSO DI COSTRIZIONE GOLA  DISPNEA

FAME D'ARIA  LIPOTIMIA  PERDITA DI COSCIENZA

O DOLORE GASTRICO

TERAPIA EFFETTUATA:

.....  
.....

ESITO: O REMISSIONE O RICOVERO O CHIAMATA ANESTESISTA O INVIO P.S.

O ESEGUITO DOSAGGIO TRIPTASI .....

O SEGNALAZIONE DI REAZIONE RITARDATA: dopo ore ..... giorni .....

DESCRIZIONE REAZIONE:

.....  
.....