	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	MO_AFODI_ 34	
<b><u>Modulo richiesta esame TC senza e con M.d.C per pazienti ambulatoriali</u></b>		Rev. 00 marzo 2015	Pagina 1 di 2

Area Comune Radiologia  
Tel 075/ 578.4300 – 3377

Neuroradiologia  
Tel 075/ 578.2314

**Le informazioni richieste sono necessarie per l'esecuzione dell'esame e devono essere riportate**

PAZIENTE \_\_\_\_\_ NATO IL \_\_\_\_\_

DISTRETTO DA ESAMINARE \_\_\_\_\_

RELAZIONE CLINICA (motivo della richiesta) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_


Condizioni individuali particolari degne di nota \_\_\_\_\_

Nell'inviare il Paziente che deve effettuare TAC con mezzo di contrasto, si dichiara di aver verificato la presenza del referto di creatinina (non antecedente i tre mesi) e di averne contestualmente valutato i risultati al fine di fornire l'idoneità all'esecuzione della sopracitata indagine diagnostica.

**Note anamnestiche rilevanti**

Gravidanza in atto si  no  data ultima mestruazione \_\_\_\\_\_\_\\_\_\_

- Ipertensione
- Insufficienza renale grave
- Iperuricemia
- Diabete mellito
- Asma bronchiale
- Morbo di Waldenstrom
- Mieloma
- Mastocitosi
- Allattamento al seno materno
- Ipertitroidismo
- Cardiopatia (IV classe NYHA)
- Insufficienza epatica grave
- Policitemia
- Recente assunzione di farmaci nefrotossici
- Recente (<5gg)esame con mezzo di contrasto iodato ev
- Anemia
- Altro (specificare \_\_\_\_\_)

	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	MO_AFODI_ 34	
<b><u>Modulo richiesta esame TC senza e con M.d.C per pazienti ambulatoriali</u></b>		Rev. 00 marzo 2015	Pagina 2 di 2

Farmaci in uso

- Betabloccanti
- Interleukina 2
- Biguanidi
- FANS
- Altro \_\_\_\_\_

Allergie

- Farmaci (specificare)
- Lattice
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

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

In caso di allergia accertata si consiglia di attuare **terapia desensibilizzante** secondo lo schema sottostante:

<i>Terapia desensibilizzante</i>	<i>Sera precedente</i>	<i>Mattina dell'esame</i>
<i>Antistamibnico ( H1 )</i>	<i>1 cpr</i>	<i>1 cpr</i>
<i>Betametasona sodio fosfato cpr 0,5 mg</i>	<i>2 cpr</i>	<i>2 cpr</i>
<i>Ranitidina cpr 150 mg</i>	<i>1 cpr</i>	<i>1 cpr</i>

**Timbro e firma del Medico prescrittore** \_\_\_\_\_

### **PREPARAZIONE ALLA PROCEDURA DIAGNOSTICA E RACCOMANDAZIONE**

E' necessario eseguire un **diggiuno alimentare completo** a partire da 4-6 ore prima dell'esame (si può bere acqua naturale)

**Se si assumono terapie farmacologiche:**

- **I pazienti diabetici che assumono Metformina** (metforal, Glucophage, metfonorm...)devono sospendere l'assunzione 48 ore prima dell'esame dopo aver consultato il medico curante o lo specialista che provvederà a sostituirlo con un altro prodotto antidiabetico. L'assunzione di Metformina potrà avvenire dopo almeno 48 ore dall'esame.
- **I pazienti con insufficienza renale** anche lieve, devono evitare l'assunzione, nelle 24 ore precedenti l'esame, di farmaci nefrotossici (FANS, Antibiotici, Aminoglicosidi, Beta bloccanti);
- Tutti gli altri farmaci devono essere assunti come d'abitudine.