

**Quesito Clinico - Anamnesi – Indicazioni per la preparazione – Consenso**

*Questo stampato raccoglie le informazioni sullo stato di salute del paziente, necessarie al corretto espletamento dell'esame richiesto. Si prega di leggerlo e compilarlo con attenzione, ciascuno per le parti di propria competenza.*

DATI DEL PAZIENTE (eventuale etichetta)	TIPO DI ESAME RICHIESTO
Cognome e Nome _____	<input type="checkbox"/> TAC senza o con mdc iodato
Data di nascita _____	<input type="checkbox"/> Angiografia con mdc iodato
Telefono _____	<input type="checkbox"/> Uro-TC
Provenienza:	<input type="checkbox"/> RM senza o con mdc paramagnetico
o Interni U.O. _____	<input type="checkbox"/> ECOGRAFIA con mdc (CEUS)
o Esterni _____	<input type="checkbox"/> Altro _____
o Altra ULSS _____	
Settore anatomico (specificare) _____	
Notizie cliniche e quesito diagnostico (OBBLIGATORIO) _____	
Creatininemia * (entro 30 giorni) _____ PESO (Kg) _____	
(*) Non necessario in caso di Ecografia con Mdc - CEUS	

**RACCORDO ANAMNESTICO PER ESAME CON MDC**

Il/La Paziente presenta all'anamnesi:

1. **Precedenti reazioni moderate / severe al Mdc**     NO //     SI //
2. **Allergie**     NO //     SI (specificare tipo e eventuale trattamento): \_\_\_\_\_
3. **Asma**     NO //     SI (specificare se instabile) : \_\_\_\_\_

**SE SI A 1 e/o 2 e/o 3, ESEGUIRE PROFILASSI (vedi sotto)**

4. **Ipertiroidismo**     NO //     SI
5. **Sindrome coronaria acuta recente**     NO //     SI
6. **Scopenso cardiaco**     NO //     SI
7. **Diabete**     NO //     SI
8. **Trattamento in atto con uno dei farmaci elencati\***     NO //     SI (sottolineare):     $\beta$ -bloccanti // Interleukina 2 //  
Trattamento chemioterapico // Metformina\*\* // Aminoglicosidi
9. **Insufficienza renale**     NO //     SI (valore eGFR ml/min \_\_\_\_\_)

**SE SI A 9, E SOLO IN CASO DI MDC IODATI, PROCEDERE ALLA PRE- IDRATAZIONE (vedi sotto)**

\* Se il valore della creatinina è normale: nessun intervento; per valori anomali di creatininemia, sospensione a giudizio del curante.

\*\* Solo in caso di IRC severa (IV-V stadio) (eVFG  $\leq$  45 ml/min) sospendere la METFORMINA 48 h PRIMA DELL'ESAME e ripristinarla 48 h dopo, previo controllo della creatinina.

Data: \_\_\_\_\_ Timbro e firma Medico Curante: \_\_\_\_\_

**PREPARAZIONE:** mantenere a digiuno nelle 4 ore precedenti l'esame

**PRE- IDRATAZIONE (SOLO PER MDC IODATI):** SOLO in caso di insufficienza renale lieve/moderata (eGFR < 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> in caso di angiografia; eGFR < 45 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> in caso di iniezione endovenosa del mdc) è necessario effettuare una pre-idratazione secondo il seguente schema:

- **Pazienti ricoverati:** somministrazione in Reparto per via endovenosa di bicarbonato di sodio (154 mEq/l in glucosata al 5%), 3 ml/Kg/h per 1 ora prima della somministrazione del mezzo di contrasto e 1 ml/Kg/h per 6 ore dopo.

**PROFILASSI PER MDC IODATI E PARAMAGNETICI:** SOLO in caso di pregressa allergia moderata/severa a mdc iodato, asma instabile, allergie in terapia, è necessario effettuare una profilassi secondo il seguente schema:

- **nelle 24 ore precedenti l'esame:** Prednisone, 1 cp da 25 mg per via orale (es. Deltacortene F) o 20 mg e.v. (es. Solumedrol) ogni 6 ore (tot. 4 somministrazioni) + 1 cp di gastroprotettore per via orale (es. Omeprazolo);
- **1 ora prima dell'esame:** Cetirizina Dicloridrato (Zirtec), 10 mg (1 cp) per os (**Antistaminico**)

### PER INDAGINI RM

**Il / la Paziente è portatore / portatrice di:**

- Clips vascolari/ Placche / chiodi / viti / fili metallici  NO  SI
- Pace Maker o altri tipi di stimolatori  NO  SI Specificare : \_\_\_\_\_
- Valvole cardiache / Stents  NO  SI
- Pompe di infusione farmaci  NO  SI
- Impianti cocleari  NO  SI
- Derivazioni spinali o ventricolari  NO  SI
- IUD (spirale)  NO  SI
- Protesi del cristallino  NO  SI
- Protesi dentarie  NO  SI
- Tatuaggi  NO  SI
- Il paziente ha subito interventi chirurgici?  NO  SI Specificare: \_\_\_\_\_
- Il paziente soffre di claustrofobia?  NO  SI
- Il paziente è stato mai colpito da schegge metalliche ?  NO  SI
- La paziente è in stato di gravidanza ?  NO  SI

**IN CASO DI RISPOSTE AFFERMATIVE SI PREGA DI VOLER ALLEGARE UN CERTIFICATO DI COMPATIBILITA' ALL'ESAME RM**

Data: \_\_\_\_\_ Timbro e firma Medico Curante: \_\_\_\_\_

### CONSENSO INFORMATO

**Verificato quanto dichiarato nel RACCORDO ANAMNESTICO PER ESAME CON MDC o RM il Paziente può essere sottoposto all'indagine richiesta.**

Data: \_\_\_\_\_

Firma Medico responsabile dell'esecuzione dell'esame: \_\_\_\_\_

### CONSENSO TC – RM – CEUS – CON MDC

**Io sottoscritto dichiaro** di essere stato adeguatamente informato relativamente a:

- finalità, modalità di espletamento e rischi inerenti l'esame diagnostico e/o terapeutico a cui devo essere sottoposto, necessario all'accertamento e/o cura della mia condizione clinica;
- possibilità che l'uso del mezzo di contrasto possa causare eventi avversi non prevedibili.

**Dichiaro di aver effettuato profilassi** (se prescritta)  NO  SI

**Donne in età fertile:** dichiaro di essere in stato di gravidanza  NO  SI; se SI settimane \_\_\_\_\_

**Accetto di sottopormi all'esame proposto** (specificare): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Paziente \_\_\_\_\_