

## QUESTIONARIO PER ESAME TAC O RNM CON MEZZI DI CONTRASTO IODATI O A BASE DI GADOLINIO (DA COMPILARSI CON IL SUPPORTO DEL MEDICO DI BASE)

Paziente .....

Nato/a il .....

C.F. ....

- HA MAI FATTO UNA TAC CON MEZZO DI CONTRASTO?  
 SI     NO
- HA MAI FATTO UNA RNM CON MEZZO DI CONTRASTO?  
 SI     NO
- HA MAI AVUTO REAZIONI MODERATE O SEVERE A MEZZI DI CONTRASTO?  
 SI     NO
- HA MAI AVUTO UNO SHOCK ANAFILATTICO (FORTE REAZIONE ALLERGICA) DA PUNTURA DI INSETTO O DOPO ASSUNZIONE DI FARMACI (ES. ANTIBIOTICI – ANTIDOLORIFICI)?  
 SI     NO
- CI SONO DEI CIBI O FARMACI CHE LE CAUSANO ALLERGIA (PONFI E PRURITO)?  
 SI     NO
- È ALLERGICO AI POLLINI (LACRIMAZIONE, RAFFREDORE, ASMA)?  
 SI     NO
- È ALLERGICO AI METALLI (NICKEL, PIOMBO, ALTRO)?  
 SI     NO
- SOFFRE DI ASMA?  
 SI     NO
- HA UN'INSUFFICIENZA RENALE  
 SI     NO
- HA SUBITO UN INTERVENTO DI CHIRURGIA RENALE?  SI     NO

Indicare le terapie in atto \_\_\_\_\_

### **ESAMI DEL SANGUE NECESSARI PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO**

(anche ai sensi della Deliberazione N° X/2313 del 01/08/2014):

- **Creatinina**
- **Calcolo del FILTRATO GLOMERULARE (eGFR)**

(la validità di questi esami, se effettuati recentemente, è di 30 giorni)

Compilato da .....

Data ...../...../.....

Firma\* .....

*\*In caso di paziente minorenne o interdetto è necessaria la firma di un legale rappresentante o dell'amministratore di sostegno o del curatore speciale*

