

**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. ....

1. HA MAI FATTO UNA TAC CON MEZZO DI CONTRASTO?  SI  NO
2. HA MAI FATTO UNA RNM CON MEZZO DI CONTRASTO?  SI  NO
- 3. HA MAI AVUTO REAZIONI ALLERGICHE MODERATE O SEVERE DURANTE ESAMI RADIOLOGICI CON MEZZI DI CONTRASTO?**  SI  NO
4. HA MAI AVUTO UNO SHOCK ANAFILATTICO (FORTE REAZIONE ALLERGICA) DA PUNTURA DI INSETTO, DOPO ASSUNZIONE DI FARMACI?  
(ES. ANTIBIOTICI – ANTIDOLORIFICI)?  SI  NO
5. HA MAI AVUTO UNO SHOCK ANAFILATTICO (FORTE REAZIONE ALLERGICA) DOVUTO A CAUSA IGNOTA?  SI  NO
6. CI SONO DEI CIBI O FARMACI CHE LE CAUSANO ALLERGIA (PONFI E PRURITO)?  SI  NO
7. È ALLERGICO AI POLLINI (LACRIMAZIONE, RAFFREDORE, ASMA)?  SI  NO
8. È ALLERGICO AI METALLI (NICKEL, PIOMBO, ALTRO)?  SI  NO
9. HA UN'ORTICARIA IN ATTO?  SI  NO
10. E' AFFETTO DA MASTOCITOSI?  SI  NO
11. SOFFRE DI ASMA?  SI  NO
12. HA UN'INSUFFICIENZA RENALE?  SI  NO
13. HA SUBITO UN INTERVENTO DI CHIRURGIA RENALE?  SI  NO
14. E' UN PAZIENTE DIABETICO IN TERAPIA CON METFORMINA?  SI  NO
15. Indicare le terapie in atto \_\_\_\_\_

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

- Creatinina
- Calcolo del FILTRATO GLOMERULARE (eGFR)

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

Compilato da .....

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

Firma\*\* .....

*\* ai sensi delle Linee Guida della European Society of Urogenital Radiology (ESUR) e della Deliberazione N° X/2313 del 01/08/2014*

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

QUALORA IL PAZIENTE RISPONDA AFFERMATIVAMENTE ANCHE AD UNA SOLA DELLE DOMANDE DEL QUESTIONARIO (dalla n°3 alla n°14), E' NECESSARIO, PRIMA DI ESEGUIRE LA PRESTAZIONE, EFFETTUARE IL COLLOQUIO CON L'ANESTESISTA MUNITO DEGLI ESITI DEI SEGUENTI ESAMI: CREATINEMIA E CALCOLO DEL FILTRATO GLOMERULARE (eGFR).

NEL CASO IN CUI IL PAZIENTE SEGNALI TERAPIE IN ATTO, IL MEDICO IL GIORNO DELL'ESAME VALUTERA' SE CI SONO CONTROINDICAZIONI ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO.

### COLLOQUIO CON IL MEDICO ANESTESISTA

Paziente .....

Data.....

TIPOLOGIA ESAME:

 TC RM

NOTE:

Firma e timbro del Medico