



## QUESTIONARIO PER ESAME TAC O RNM CON MEZZI DI CONTRASTO IODATI O A BASE DI GADOLINIO, DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE

Paziente .....

Nato/a il .....

C.F. ....

➤ Storia clinica di reazioni avverse, moderate o severe a mezzi di contrasto a base di Gadolinio/Iodati?

SI  NO

➤ Storia di allergia che richiede trattamento medico?

SI  NO

➤ Storia di ASMA?

SI  NO

➤ Il paziente è affetto da insufficienza renale in stadio terminale (eGFR <30ml/min/1.73m<sup>2</sup>) oppure è in dialisi?

SI  NO

➤ Il paziente ha una funzionalità renale ridotta (eGFR tra 30 e 60 ml/min/1.73m<sup>2</sup>)?

SI  NO

### Note

.....  
.....  
.....  
.....

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

- Creatinemia
- Elettroforesi sieroproteica – con tracciato

(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*



**“CURIE”** DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E TERAPIA  
Struttura Ambulatoriale accreditata con il S.S.N.

Sistema Sanitario



Regione  
Lombardia



Direttore Sanitario: Dott. Gianfranco Bracchi, specialista in Radiologia Medica e Medicina Nucleare