



QUESTIONARIO PER ESAME TAC O RNM CON MEZZI DI CONTRASTO IODATI O A BASE DI GADOLINIO

Paziente Nato/a il

C.F.

- HA MAI FATTO UNA TAC O 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 CHE LE CAUSANO ALLERGIA (PONFI E PRURITO)?
 SI NO
- È ALLERGICO AI POLLINI (LACRIMAZIONE, RAFFREDORE, ASMA)?
 SI NO
- SOFFRE DI ASMA?
 SI NO
- HA UN'INSUFFICIENZA RENALE
 SI NO
- HA SUBITO UN INTERVENTO DI CHIRURGIA RENALE?
 SI NO

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