

PREPARAZIONE ALL'ESAME RMN/TAC CON MEZZO DI CONTRASTO PER VIA ENDOVENOSA

Nome e Cognome _____ nato il _____ tel. _____

Gentile paziente, di seguito trova tutte le informazioni utili per l'esecuzione dell'esame prescritto. La invitiamo a seguire scrupolosamente le istruzioni e a **portare con sé eventuali esami fatti precedentemente.**

Per la somministrazione del mezzo di contrasto endovenoso **sono necessari:**

- Diggiuno da 6 ore con l'esclusione di acqua o di farmaci abitualmente assunti come terapia per cuore e pressione
- Esecuzione preliminare dei seguenti esami del sangue: **GLICEMIA, AZOTEMIA, CREATININEMIA** ed eventuale **GFR (FILTRATO GLOMERULO RENALE)** risalenti al massimo a due settimane precedenti l'esecuzione dell'esame. In alternativa il GFR sarà stimato presso il Centro con formula di Cock-Gault (PESO, ETA', SESSO, CREATININEMIA)
- **I soggetti allergici** (in particolar modo a farmaci come **aspirina e antibiotici**) devono effettuare la seguente premedicazione a partire dalle 12 ore precedenti l'esecuzione dell'esame:
 - **Deltacortene 25 mg. cpr per os:** una compressa 12h -8h-2h prima della somministrazione del mezzo di contrasto
 - **Cetirizina Dicoridrato 10mg. 1 cpr:** una compressa 2h prima della somministrazione del mezzo di contrasto, assunta insieme all'ultima compressa di Deltacortene 25 mg.

Con specifica nota che distingue l'anamnesi indicata in ricetta cod. 8903RA (*con la quale si valuta l'appropriatezza dell'esame in relazione al quesito diagnostico*), dalla richiesta del presente modulo (*che dà la possibilità di effettuare una corretta valutazione del quadro clinico del paziente riguardo agli eventuali rischi e controindicazioni per l'esecuzione dell'esame con mezzo di contrasto*), La invitiamo a far compilare dal medico curante richiedente il sottostante questionario, e qualora, secondo quanto da questi dichiarato, dovessero sussistere patologie o condizioni che controindichino l'utilizzo del mezzo di contrasto per via endovenosa, ci riserviamo la decisione di non effettuare l'esame prescritto.

BARRARE LA RISPOSTA CORRETTA DA PARTE DEL MEDICO CURANTE

Ha mai effettuato esami con mezzo di contrasto?	SI	NO
Se si, dopo la somministrazione del mezzo di contrasto, ha presentato reazioni avverse?	SI	NO
Se si, barrare se dopo TAC o dopo RMN o specificare altro _____		
Soffre di claustrofobia?	SI	NO
Ha mai avuto fenomeni allergici stagionali o dopo medicinali, alimenti, anestetici	SI	NO
E' affetto/a da ipertensione?	SI	NO
E' affetto/a da ipertiroidismo?	SI	NO
E' affetto/a da insufficienza renale?	SI	NO
E' affetto da diabete mellito?	SI	NO
E' affetto/a da insufficienza epatica ?	SI	NO
E' portatore di protesi nel cristallino?	SI	NO
E' portatore di piercing o tatuaggi?	SI	NO
Ha lavorato o lavora come tornitore, carrozziere, saldatore?	SI	NO
E' in gravidanza o ha il dubbio di poterlo essere? (per le donne in età fertile)	SI	NO
E' in trattamento con farmaci beta-bloccanti, biguanidi (metformina?), interleukina, fans?	SI	NO
Se si, specificare quali _____		
E' portatore di protesi dentarie, derivazione spinale o ventricolare, distrattori della colonna vertebrale, corpi intrauterini, corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito, protesi metalliche, viti, chiodi, filo, schegge o frammenti metallici, ecc?	SI	NO
Se la risposta è SI, si prega di portare la documentazione inerente		
E portatore di pacemaker o altri cateteri o valvole cardiache, clips su aneurismi, stents, defibrillatori, pompa di infusione per insulina o altri farmaci, stimolatori o neuro stimolatori, elettrodi nel cervello o subdurali?	SI	NO

Data _____

IL MEDICO CURANTE/PRESCRIVENTE _____

PER IL PAZIENTE

NOTA BENE: questo modello, unitamente ai risultati degli esami (in copia), devono essere fatti pervenire al nostro Centro almeno 3 giorni prima della data fissata per l'esecuzione dell'esame.

Se sono stati effettuati altri esami per la stessa patologia, è opportuno portarli in visione il giorno dell'esame, per consentire una più accurata valutazione diagnostica.