

MODULO PER RICHIESTA DI ESAME TC con MDC PER VIA INIETTIVA

Cognome e Nome: Nato/aa: Il Medico curante TCTc con MDC proposta:

quesito clinico:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PerilmedicoCurante/Prescrivente** | | |
| Per la corretta valutazione clinico-anamnestica è indispensabile conoscere i seguenti dati:  Comprovata allergia ai Mezzi di Contrasto organo-iodati o ad altre sostanze | SI | NO |
| Ipertiroidismo Manifesto | SI | NO |
| InsufficienzaRenale o fattori predisponenti l’Insufficienza Renale (diabete, gotta, cirrosi epatica, uso di farmaci  nefrotossici, chirurgia renale, paraproteinemia, mieloma) indicare quale: | SI | NO |
| Insufficienza Cardio-Vascolare grave | SI | NO |
| Assunzione di Metformina (sospendere il farmaco 3gg. Prima e 2gg. Dopo l’esame) | SI | NO |
| Altre Patologie degne di nota:  Per poter eseguire l’indagine TC con MdC è necessario:  Esibirei valori di **GLICEMIA, CREATININEMIA ed AZOTEMIA**, espletati entro un mese dall’esecuzione del l ’esame;  Rispettare un **DIGIUNO alimentare** di almeno 8 ore;  Solo per i soggetti che presentano patologie allergiche è necessario eseguire la seguente profilassi, salvo controindicazioni alla somministrazione di cortisonici:  2 COMPRESSE DI DELTACORTENE FORTE DA 25mg 13 ORE PRIMA DELL’ESECUZIONE DELL’ESAME;  2 COMPRESSE DI DELTACORTENE FORTE DA 25mg 7 ORE PRIMA DELL’ESECUZIONE DELL’ESAME;  2 COMPRESSE DI DELTACORTENE FORTE DA 25mg 1ORA PRIMA DELL’ESECUZIONE DELL’ESAME;  1 FIALA DI TRIMETON INTRAMUSCOLO 1 ORA PRIMA DELL’ESECUZIONE DELL’ESAME.  Firma e Timbro del Medico curante  Dichiarazione distato di gravidanza CERTA o PRESUNTA SI NO | | |

# CONSENSO INFORMATO

Informato dell’indicazione clinica, delle modalità di svolgimentodell'indagine e delle eventuali complicanze e rischi connessi alla somministrazione del Mezzo d i Contrasto ( da semplici reazioni cutanee, sino a reazioni imprevedibili più gravi a carico dell'apparato cardiovascolare e respiratorio, **ANCHE LETALI**), il Paziente, ampiamente soddisfatto dalle informazioni e dai chiarimenti ricevuti dal Dott. , dichiara di acconsentire allo svolgimento dell'esame.

DATA

Firma del Paziente o del titolare del consenso

# REVOCA CONSENSO INFORMATO

Dichiaro di voler revocare sotto la Mia responsabilità il consenso espresso,

essendo stato informato dal Dott. sui possibili effetti avversi al Mezzo di Contrasto.

DATA

Firma del Paziente o del titolare del consenso