



ISTITUTO DI RILIEVO NAZIONALE CON PERSONALITA' GIURIDICA DI DIRITTO PUBBLICO
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Cognome paziente: _____ Nome paziente: _____

INFORMATIVA PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME DI TAC SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO

Tutti i pazienti che devono eseguire esami che prevedono la somministrazione di mezzo di contrasto organo iodato (TC) devono esibire gli esami di laboratorio con azotemia e creatinina effettuati non oltre 30 giorni prima.

Gli stessi esami vanno esibiti dai pazienti nefropatici che devono eseguire esami con somministrazione di mezzo di contrasto a base di gadolinio.

È necessario rispettare il digiuno da almeno 6 ore prima di effettuare esami con mezzo di contrasto

In caso di anamnesi positiva per:

- Atopia, asma, allergia a cibi e farmaci
- Allergia al lattice
- Trattamento con beta-bloccanti
- Trattamento con interleuchina 2

Il paziente adulto deve fare premedicazione con prednisone 50mg 13 ore, 7 ore e 1 ora prima della somministrazione, quello pediatrico prednisone 1mg/Kg/die per tre giorni compreso quello dell'intervallo**

- Mieloma multiplo idratazione 12 ore prima

In pazienti in terapia con:

- Metformina se eGFR<45 ml/min. devono sospendere 48 ore prima dell'esame e riprendere 48 ore dopo;
- Ciclosporina, aminoglicosidi e FANS sospendere almeno 24 ore prima;
- Cisplatino, sospendere almeno 7 gg prima;
- Neurolettici, analgesici, antistaminici e sedativi del gruppo fenotiazinico sospendere 48 ore prima e riprendere 12 ore dopo l'esame.

**Contattare l'UO che deve effettuare la prestazione almeno 7 gg prima in caso di dubbio sul percorso.



ISTITUTO DI RILIEVO NAZIONALE CON PERSONALITA' GIURIDICA DI DIRITTO PUBBLICO

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Cognome paziente: _____ Nome paziente: _____

ALLEGATO E PER LA RADIOLOGIA

INFORMAZIONI CLINICO-ANAMNESTICHE PER EFFETTUARE ESAMI CHE PREVEDONO
SOMMINISTRAZIONI DI MEZZO DI CONTRASTO

Storia Clinica di reazioni avverse moderate o severe a mezzi di contrasto:*

Organoiodati (TC)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO
Contenenti gadolinio (RM)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO

Informazioni utili per la stratificazione del rischio:

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1. Atopia, asma allergia a cibi, farmaci o lattice** | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 2. Cardiopatia (Angina, insufficienza cardiaca, stenosi aortica severa, ipertensione polmonare primitiva, cardiomiopatie severe anche se compensate) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 3. Storia di patologia o pregressa chirurgia renale | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 4. Lupus Eritematoso Sistemico | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |

Solo per pazienti da sottoporre a esame TC con MDC:

- | | | | |
|----------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 5. Feocromocitoma* | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |
| 6. Ipertiroidismo o patologia tiroidea | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NON SO |

Data _____/_____/_____

Timbro e firma del medico curante

* In caso di dubbio contattare l'Unita Operativa (UO) che dovrebbe effettuare la prestazione per valutarne la praticabilita;
**in caso di dubbio contattare l'UO che deve effettuare la prestazione almeno 7 gg prima per concordare modalita' premedicazione