

Desenzano Gavardo Manerbio

PARTE A - DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE

Si richiede per il Sig. (Nome e Cognome) _____

Data di Nascita ___/___/_____ Peso in Kg _____ Ricoverato presso _____

Note anamnestiche _____ (spazio per etichetta)

Quesito clinico _____

Per un corretto inquadramento clinico-anamnestico è indispensabile segnalare:

Allergie note ai mezzi di contrasto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pregressa anafilassi idiopatica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Asma bronchiale o orticaria-angioedema non controllati da terapia farmacologica	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mastocitosi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Nefropatia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Epatopatia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cardiopatia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Diabete * I pazienti in trattamento con METFORMINA devono sospendere l'assunzione 48h prima dell'esame e riprenderla 48h dopo, previa rivalutazione della creatininemia.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Epilessia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mieloma/M. di Waldenstrom	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Linfoma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Trattamento in atto con farmaci:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Beta bloccanti <input type="checkbox"/> Interleukina <input type="checkbox"/> Biguanidi		

 Eseguire **SEMPRE** l'esame della CREATININEMIA*

Valore: _____ Eseguita il ___/___/_____.

*da non ripetere se eseguita nei tre mesi precedenti.

Data ___/___/_____

Firma medico prescrittore _____

CONSULTAZIONE PREVENTIVA CON NEFROLOGO/INTERNISTA/ALLERGOLOGO

N.B. : la consultazione preventiva con un consulente è opportuna nei pazienti a rischio:

- Consulenza Nefrologo (per insufficienza renale: creatininemia da 1.4 a 2.2 mg/dl)
- Consulenza Internista (per gravi forme di insufficienza epatica o cardiovascolare, paraproteinemia di Waldenstrom o mieloma multiplo).
- Consulenza Allergologica (in caso di anamnesi positiva per reazione al Mezzo di Contrasto; allegare referto visita)

Consultazione preventiva con il consulente eseguita il ___/___/_____.

Spazio per consulenza _____

Firma del consulente _____

PARTE B - DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO RADIOLOGO

Preso atto dei dati clinico-anamnestici riferiti dal medico richiedente e degli esami ematici:

- si procede all'indagine richiesta.
- non si procede all'indagine richiesta. Firma del medico radiologo _____

MOTIVAZIONE: _____

P.S.: in caso di non esecuzione dell'esame per mancata preparazione del paziente, la presente richiesta è da ritenersi ancora valida.