

INDAGINI DIAGNOSTICHE CON MEZZO DI CONTRASTO e RISONANZA MAGNETICA Modulo richiesta – Indicazioni per la preparazione – Anamnesi - Consenso

Questo modulo raccoglie le informazioni sullo stato di salute del paziente, necessarie al corretto espletamento dell'esame richiesto. Si prega di leggerlo e compilarlo con attenzione, ciascuno per le parti di propria competenza. Il paziente avrà cura di consegnarlo al Personale Sanitario il giorno dell'esame.

DATI DEL PAZIENTE (eventuale etichetta) Cognome e nome _____ Data di nascita _____ Telefono _____ Provenienza <input type="checkbox"/> INT. U.O. _____ <input type="checkbox"/> EST. _____ <input type="checkbox"/> Altra ULSS _____	TIPO DI ESAME RICHIESTO <input type="checkbox"/> TAC con mdc iodato <input type="checkbox"/> Angiografia con mdc iodato <input type="checkbox"/> Urografia con mdc iodato <input type="checkbox"/> RM senza o con mdc paramagnetico (*) <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA con mdc (CEUS) <input type="checkbox"/> Altro _____
Specificare settore anatomico _____	
Notizie cliniche e quesito diagnostico _____ _____ _____	
Data _____	
Firma del Medico (firma solo per i Pazienti interni)	
(*) Per la Risonanza Magnetica deve essere compilato il successivo "Questionario anamnestico specifico per indagini RM"	

DA COMPILARE IN CASO DI ESAME CON MDC:	
Creatininemia (entro 3 mesi salvo eventi intercorrenti) _____ PESO (Kg) _____ <i>N.B. In caso di Ecografia con mdc (CEUS) il dosaggio della creatininemia non è necessario</i>	
Il/La Paziente presenta: 1) Precedenti reazioni moderate/severe ai mdc <input type="checkbox"/> NO // <input type="checkbox"/> SI // <input type="checkbox"/> NON NOTA (si intende reazione moderata se ha richiesto un trattamento farmacologico, e severa se in seguito alla quale il paziente è stato ricoverato)	
2) Allergia in trattamento <input type="checkbox"/> NO // <input type="checkbox"/> SI 3) Asma <input type="checkbox"/> NO // <input type="checkbox"/> SI <i>Se SI a 1-2-3 eseguire profilassi (v. sotto)</i>	
4) Scompenso cardiaco <input type="checkbox"/> NO // <input type="checkbox"/> SI 5) Diabete <input type="checkbox"/> NO // <input type="checkbox"/> SI 6) Insuff. renale <input type="checkbox"/> NO // <input type="checkbox"/> SI	
7) Trattamento in atto con uno dei farmaci sottoelencati <input type="checkbox"/> NO // <input type="checkbox"/> SI (INDICARE): b-bloccanti// interleukina 2 // trattamento chemioterapico // FANS (uso cronico) // Aminoglicosidi // <u>Metformina</u> (In caso di IRC IV-V stadio, sospendere la METFORMINA PRIMA DELL'ESAME e ripristinarla 48 h dopo, previo controllo della creatinina.)	
<i>Se SI da punto 4) a 7), SOLO IN CASO DI MDC IODATI, è necessaria la preidratazione (v. sotto)</i>	
8 Ipertiroidismo <input type="checkbox"/> NO // <input type="checkbox"/> SI 9 Sindrome coronarica acuta recente (6 mesi) <input type="checkbox"/> NO // <input type="checkbox"/> SI	
Data _____ Firma del Medico curante (con timbro) _____	

PREPARAZIONE: non mangiare nelle 4 ore e non bere nell'ora precedente l'esame.

PRE-IDRATAZIONE (SOLO PER MDC IODATI): SOLO in caso di insufficienza renale lieve/moderata (eGFR < 60 ml/min/1.73m² in caso di angiografia; eGFR < 45 ml/min/1.73m² in caso di iniezione endovenosa del mdc) è necessario effettuare una pre-idratazione secondo il seguente schema:

- **pazienti ricoverati** somministrazione in Reparto per via endovenosa di bicarbonato di sodio (154 mEq/l in glucosata al 5%), 3 ml/kg/h per 1 ora prima della somministrazione del mezzo di contrasto e 1 ml/kg/h per 6 ore dopo.
- **pazienti ambulatoriali:** come Pazienti ricoverati, preparazione eseguita in Radiologia. Presentarsi 90 minuti prima dell'esame.

PROFILASSI PER MDC IODATI E PARAMAGNETICI: SOLO in caso di progressa allergia moderata/severa a mdc iodato, asma, allergie in trattamento è necessario effettuare una profilassi secondo il seguente schema:

- **nelle 24 ore precedenti l'esame: Prednisone, 1 cp da 25 mg per via orale (es. Deltacortene F) o 20 mg e.v. (es. Solumedrol) ogni 6 ore (tot. 4 somministrazioni) + 1 cp di gastroprotettore per via orale (es. Omeprazolo).**
- **1 ora prima dell'esame in Radiologia: Clorfenamina 10 mg (es. Trimeton), + 1 cp di gastroprotettore per via orale (es. Omeprazolo), forniti dall'Ospedale.**

SOLO PER RMN: "QUESTIONARIO ANAMNESTICO SPECIFICO PER INDAGINI RM"**Il/La Sig.è portatore/portatrice di:**

- | | |
|--|--|
| Clips vascolari | <input type="checkbox"/> non noto // <input type="checkbox"/> NO // <input type="checkbox"/> SI |
| Pace-maker o altri tipi di stimolatori | <input type="checkbox"/> non noto // <input type="checkbox"/> NO // <input type="checkbox"/> SI (specificare: _____) |
| Pompe di infusione farmaci | <input type="checkbox"/> non noto // <input type="checkbox"/> NO // <input type="checkbox"/> SI |
| Impianti cocleari | <input type="checkbox"/> non noto // <input type="checkbox"/> NO // <input type="checkbox"/> SI |
| Elettrodi intra-cerebrali o sub-durali | <input type="checkbox"/> non noto // <input type="checkbox"/> NO // <input type="checkbox"/> SI |
| Derivazioni spinali o ventricolari | <input type="checkbox"/> non noto // <input type="checkbox"/> NO // <input type="checkbox"/> SI |
| Espansore mammario | <input type="checkbox"/> non noto // <input type="checkbox"/> NO // <input type="checkbox"/> SI |
| Protesi articolari bilaterali (spalla, anca) | <input type="checkbox"/> non noto // <input type="checkbox"/> NO // <input type="checkbox"/> SI |
| Placche /protesi/viti/chiodi/fili metallici | <input type="checkbox"/> non noto // <input type="checkbox"/> NO // <input type="checkbox"/> SI (specificare _____) |

Data _____ **Firma del Medico curante (con timbro)** _____
Io sottoscritto dichiaro quanto segue:

- | | | |
|--|-----------------------------|---|
| Soffro di claustrofobia | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Sono stato colpito da schegge metalliche | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Ho subito interventi chirurgici | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI specificare _____ |

Sono portatore di:

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| IUD (spirale) | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Protesi del cristallino | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Protesi dentarie | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Tatuaggi | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |

Data _____ **Firma del Paziente** _____

IN CASO DI INDAGINE RM: togliere fermagli per capelli, occhiali, gioielli, orologio, carte di credito, monete, chiavi, vestiti con ganci e bottoni metallici, spille, apparecchi per l'udito, lenti a contatto, protesi dentarie mobili, eventuale trucco dal viso. Il Personale è a disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

CONSENSO**Io sottoscritto dichiaro** di essere stato adeguatamente informato relativamente a:

- finalità, modalità di espletamento e rischi inerenti l'esame diagnostico e/o terapeutico a cui devo essere sottoposto, necessario all'accertamento e/o cura della mia condizione clinica;
- possibilità che l'uso del mezzo di contrasto possa causare eventi avversi non prevedibili.

Dichiaro di aver effettuato **profilassi** (se prescritta) NO SIDonne in età fertile: dichiaro di **NON** essere in stato di **gravidanza****Accetto di sottopormi all'esame proposto** (specificare): _____
Data _____ **Firma del Paziente** _____

Verificato quanto dichiarato, il Paziente può essere sottoposto all'indagine richiesta

Data _____ **Firma del Medico Radiologo** _____
Dipartimento di Radiologia Clinica:

- Radiologia Treviso 0422-322210
- Radiologia Oderzo 0422-715322
- Neuroradiologia 0422-322512

Strutture convenzionate:

- Radiologia S. Camillo 0422-428262
- Radiologia Monastier 0422-896377
- Radiologia ORAS Motta di Livenza 0422-287212