

 Ospedale San Camillo - Trento		<b>Certificato anamnestico per l'esecuzione di indagini radiologiche con mdc organo-iodato</b>  Servizio di Radiologia Responsabile Dott.ssa Katia Benini <b>DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO RICHIEDENTE L'ESAME</b>
CODICE	MOAS_751	
REVISIONE	0	
DATA	04/05/2021	
PAGINA	1 di 3	

**Dati PAZIENTE**

Cognome: \_\_\_\_\_ Esame richiesto: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ Quesito clinico: \_\_\_\_\_  
 Nato/a il: \_\_\_\_\_  
 Peso (kg) \_\_\_\_\_

Per una corretta valutazione clinico-anamnestica è indispensabile conoscere dati relativi a:

- **Funzione renale:** eGFR= \_\_\_\_\_ mL/min e/o creatininemia \_\_\_\_\_ mg/dl (eseguito in data \_\_\_\_\_)  
 Funzione renale da valutare entro 3 mesi nel paziente ambulatoriale stabile, entro 7 giorni nel paziente instabile e/o ospedalizzato. L'eGFR è calcolabile con formule dedicate disponibili on-line, quale ad esempio la formula CKD-EPI (applicazione eGFR Calculators of National Kidney Foundation per iOS e Android).  
 Protocollo di nefroprotezione: 30 ≤ eGFR ≤ 60: idratazione orale, 15 ≤ eGFR < 30: idratazione ev, eGFR < 15: consulenza nefrologica

**Terapia con Metformina:**  No  
 Sì (se eGFR < 30 mL/min sospendere il farmaco)

- **Precedenti reazioni avverse a MDC iodato:**  No  Sì se Sì eseguire la sottostante premedicazione 1.

Se SI indicare:

- Reazione acuta (entro poche ore)  Reazione ritardata (> 6 h. ed entro una settimana)

Descrizione dei sintomi: \_\_\_\_\_

Nome del MDC e data dell'esame: \_\_\_\_\_

**1. PREMEDICAZIONE DEI PAZIENTI CON PREGRESSA REAZIONE ALLERGICA A MDC IODATO**

<b>13 ORE</b> prima dell'esame radiologico	<b>PREDNISONE 50 mg</b> per os (2 cp di Deltacortene 25 mg)
<b>7 ORE</b> prima dell'esame radiologico	<b>PREDNISONE 50 mg</b> per os
<b>1 ORA</b> prima dell'esame radiologico	<b>PREDNISONE 50 mg</b> per os – <b>CETIRIZINA 10 mg</b> per os

- **Condizioni del paziente che aumentano il rischio di reazione allergica a MDC:**  
 se affetto da una delle condizioni elencate eseguire la sottostante premedicazione 2.
  - mastocitosi sistemica
  - orticaria/angioedema cronica non controllata da terapia
  - angioedema ricorrente
  - pregressa anafilassi idiopatica
  - asma bronchiale instabile, non controllato da terapia (ev. valutazione mediante test di controllo dell'asma)
  - nessuna delle condizioni sopraelencate**

**2. PREMEDICAZIONE DEI PAZIENTI CON CONDIZIONI AD AUMENTATO RISCHIO DI REAZIONE ALLERGICA A MDC**

<b>12 ORE</b> prima dell'esame radiologico	<b>PREDNISONE 50 mg</b> per os (2 cp di Deltacortene 25 mg)
<b>2 ORE</b> prima dell'esame radiologico	<b>PREDNISONE 50 mg</b> per os + <b>CETIRIZINA 10 mg</b> per os
<b>1 ORA</b> prima dell'esame radiologico	<b>MONTELUKAST 10 mg</b> per os

Medico Richiedente: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma del Medico richiedente: \_\_\_\_\_

	Ospedale San Camillo - Trento		<b>Certificato anamnestico per l'esecuzione di indagini radiologiche con mdc organo-iodato</b>  Servizio di Radiologia Responsabile Dott.ssa Katia Benini <b>DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO RICHIEDENTE L'ESAME</b>
	CODICE	MOAS_751	
	REVISIONE	0	
	DATA	04/05/2021	
	PAGINA	2 di 3	

Io sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- Paziente  
 Rappresentante legale\*\* del paziente (cognome e nome)

\_\_\_\_\_  
 Nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**DICHIARO DI**

- aver letto l'informativa per l'esecuzione dell'esame;
- aver compreso finalità e vantaggi dell'esame, possibili rischi e complicanze;
- aver compreso modalità e motivazioni della somministrazione del mezzo di contrasto;
- di aver avuto la possibilità di porre domande al personale sanitario e di avere ricevuto spiegazioni chiare.

In base alle informazioni ricevute in piena consapevolezza e libertà di decisione

**ACCONSENTO A SOTTOPORMI**

- All'esame di Tomografia Computerizzata Firma: \_\_\_\_\_  
 Alla somministrazione del mezzo di contrasto iodato per via:  
 endovenosa  
 altra via:..... Firma: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Per le donne in età fertile, gravidanza presunta o in atto:**  No  Si

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Eseguita nefroprofilassi:**  No  Si

**Eseguita premedicazione:**  No  Si

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Il Medico Radiologo, verificati il quesito diagnostico, il certificato anamnestico e le condizioni cliniche attuali, autorizza l'esecuzione dell'esame:

Cognome e nome del Medico Radiologo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma del Medico Radiologo: \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

<p>**In caso di <b>Rappresentante Legale</b>, specificare:</p> <p><input type="checkbox"/> genitori (in caso di un unico genitore presente, dichiara il consenso anche dell'eventuale altro)  <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> amministratore di sostegno</p> <p style="text-align: right;">Firma del Rappresentante Legale _____</p>
---

 Ospedale San Camillo - Trento		<b>Certificato anamnestico per l'esecuzione di indagini radiologiche con mdc organo-iodato</b>  Servizio di Radiologia Responsabile Dott.ssa Katia Benini <small>DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO RICHIEDENTE L'ESAME</small>
CODICE	MOAS_751	
REVISIONE	0	
DATA	04/05/2021	
PAGINA	3 di 3	

## INFORMAZIONE POST-ESAME RADIOLOGICO CON MDC ORGANO-IODATO O A BASE DI GADOLINIO

In data odierna Lei ha effettuato la seguente indagine strumentale radiologica TAC con impiego di un mezzo di contrasto (specificare il nome): IOPAMIRO 370 mg/ml.

Come comunicatoLe al momento del rilascio del Suo consenso informato, i mezzi di contrasto possono in rari casi provocare effetti collaterali da lievi ad importanti. In genere una eventuale intolleranza si manifesta quasi immediatamente dopo la somministrazione al mezzo di contrasto stesso. In altri casi, ancor più rari, questi effetti possono manifestarsi anche nella settimana successiva l'esame.

Nel caso Lei accusasse disturbi di una certa entità (prurito e rossore cutaneo diffuso, gonfiore o pomfi cutanei, comparsa di infiammazione del cavo orale, febbre, malessere associati a manifestazioni cutanee), è pregato di rivolgersi:

- Al suo **Medico di Famiglia** (MMG) se i sintomi sono tollerabili;
- Alla sede di **Pronto Soccorso** (PS) più vicina al suo domicilio se le manifestazioni sono intollerabili (ad esempio in caso di manifestazioni cutanee associate a infiammazione del cavo orale/febbre/malessere).

In ogni caso, dopo l'iniziale gestione in acuto del suo quadro clinico da parte del MMG o dei medici del PS, dovrà rivolgersi presso la radiologia dove ha svolto l'esame per comunicare l'insorgenza della reazione avversa e permettere l'aggiunta di tale informazione nel referto dell'esame radiologico eseguito.

Ricordi di portare con sé questo foglio informativo da consegnare al MMG o al personale d'accettazione del PS.

Inoltre, in caso di interessamento della pelle sarebbe utile documentare i sintomi insorti facendo delle fotografie da poter mostrare ai medici che la visiteranno, in particolare all'allergologo a cui potrebbe essere indirizzato per effettuare eventuali test.

In caso di reazione avversa, il MMG o il Medico di PS deve valutare l'opportunità di prenotare una visita allergologica entro due mesi dalla reazione avversa così da poter effettuare gli eventuali test allergometrici entro sei mesi dall'evento reattivo: è possibile prenotare l'appuntamento chiamando il numero: 0461-903473 dalle ore 13:30 alle ore 15:30 dal lunedì al venerdì.