

DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE/SPECIALISTA

NOME E COGNOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

PESO (KG) _____ SESSO M ☐ F ☐

QUESITO CLINICO _____

INDAGINE CONTRASTOGRAFICA RICHIESTA _____

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 FORMULA DEDICATA DISPONIBILE ON LINE, QUALE AD ESEMPIO LA FORMULA CKD-EPI (APPLICAZIONE eGFR CALCULATORS OF NATIONAL KIDNEY FOUNDATION PER iOS E ANDROID).

TERAPIA CON METFORMINA: SI ☐ (SE eGFR <30 mL/min SOSPENDERE IL FARMACO) NO ☐

PRECEDENTI REAZIONI AVVERSE A MDC IODATO:
SI ☐ (SE SI ESEGUIRE LA SOTTOSTANTE PREMEDICAZIONE 1.) NO ☐

SE SI INDICARE:

☐ REAZIONE ACUTA (ENTRO POCHE ORE) ☐ REAZIONE RITARDATA (>6 ORE ED ENTRO UNA SETTIMANA)

DESCRIZIONE DEI SINTOMI _____

NOME DEL MDC E DATA DELL'ESAME _____

(1) PREMEDICAZIONE DEI PAZIENTI CON PREGRESSA REAZIONE ALLERGICA AL MDC IODATO

13 ORE PRIMA DELL'ESAME RADIOLOGICO	PREDNISONE 50mg PER OS (2 CP DI DELTACORTENE 25mg)
7 ORE PRIMA DELL'ESAME RADIOLOGICO	PREDNISONE 50mg PER OS
1 ORE PRIMA DELL'ESAME RADIOLOGICO	PREDNISONE 50mg PER OS + CETIRIZINA 10mg PER OS

CONDIZIONI DEL PAZIENTE CHE AUMENTANO IL RISCHIO DI REAZIONE ALLERGICA A MDC:

SE AFFETTO DA UNA DI QUESTE CONDIZIONI ESEGUIRE LA SOTTOSTANTE PREMEDICAZIONE 2

MASTOCITOSI SISTEMICA	SI ☐	NO ☐
ORTICARIA/ANGIOEDEMA CRONICA NON CONTROLLATA DA TERAPIA	SI ☐	NO ☐
ANGIOEDEMA RICORRENTE	SI ☐	NO ☐
PREGRESSA ANAFILASSI IDIOPATICA	SI ☐	NO ☐
ASMA BRONCHIALE INSTABILE, NON CONTROLLATO DA TERAPIA (EV. VALUTAZIONE MEDIANTE TEST DI CONTROLLO DELL'ASMA)	SI ☐	NO ☐

(2) PREMEDICAZIONE DEI PAZIENTI CON CONDIZIONI AD AUMENTO RISCHIO DI REAZIONE ALLERGICA A MDC

12 ORE PRIMA DELL'ESAME RADIOLOGICO	PREDNISONE 50mg PER OS (2 CP DI DELTACORTENE 25mg)
2 ORE PRIMA DELL'ESAME RADIOLOGICO	PREDNISONE 50mg PER OS + CETIRIZINA 10mg PER OS
1 ORE PRIMA DELL'ESAME RADIOLOGICO	MONTELUKAST 10mg PER OS

DATA _____

MEDICO CURANTE/PRESCRIVENTE
TIMBRO E FIRMA

MEDICO RADIOLOGO
PER PRESA VISIONE