

## 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 creatinemia \_\_\_\_\_ 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

|  |   |
|--|---|
| <b>13 ORE</b> PRIMA DELL'ESAME RADIOLOGICO | <b>PREDNISONE 50mg</b> PER OS (2 CP DI DELTACORTENE 25mg)     |
| <b>7 ORE</b> PRIMA DELL'ESAME RADIOLOGICO  | <b>PREDNISONE 50mg</b> PER OS                                 |
| <b>1 ORE</b> PRIMA DELL'ESAME RADIOLOGICO  | <b>PREDNISONE 50mg</b> PER OS + <b>CETIRIZINA 10mg</b> 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 <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ORTICARIA/ANGIOEDEMA CRONICA NON CONTROLLATA DA TERAPIA   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ANGIOEDEMA RICORRENTE   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| PREGRESSA ANAFILASSI IDIOPATICA   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ASMA BRONCHIALE INSTABILE, NON CONTROLLATO DA TERAPIA<br>(EV. VALUTAZIONE MEDIANTE TEST DI CONTROLLO DELL'ASMA) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

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

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

DATA \_\_\_\_\_

MEDICO CURANTE/PRESCRIVENTE  
TIMBRO E FIRMA

MEDICO RADIOLOGO  
PER PRESA VISIONE