

NOME E COGNOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

PESO (KG) _____ SESSO M ☐ F ☐

QUESITO CLINICO _____

INDAGINE CONTRASTOGRAFICA RICHIESTA _____

È SOTTOPOSTO A EMODIALISI ☐ NO ☐ SI

SE SÌ, SPECIFICARE IN QUALI GIORNATE: _____

Secondo le Linee guida ESUR 10.0 non è necessario il dosaggio della creatininemia.

Solo in caso di studio della patologia del fegato e delle vie biliari con mezzo di contrasto epato-specifico (possibile negli esami RM ADDOME SUPERIORE o RM ADDOME COMPLETO) **è obbligatorio presentare il referto del dosaggio della creatininemia eseguito in data non antecedente a 3 mesi.**

DA COMPILARE CON IL MEDICO CURANTE O IL MEDICO SPECIALISTA DI RIFERIMENTO IN CASO DI ALLERGIE

ANAMNESI POSITIVA PER

- ☐ PRECEDENTI REAZIONI AVVERSE A MEZZI DI CONTRASTO A BASE DI GADOLINIO

☐ NO ☐ SI

SE LA RISPOSTA È SI, indichi il nome del mezzo di contrasto utilizzato che ha provocato la reazione allergica, il tipo di reazione e l'eventuale terapia allegando, se possibile, eventuale documentazione.

- ☐ ANAFILASSI IDIOPATICA ☐ NO ☐ SI

- ☐ MASTOCISTOSI ☐ NO ☐ SI

- ☐ ANGIOEDEMA RICORRENTE IN ATTO ☐ NO ☐ SI

- ☐ ORTICARIA IN ATTO ☐ NO ☐ SI

- ☐ ASMA BRONCHIALE NON CONTROLLATO DA TERAPIA, OVVERO NELLE ULTIME 4 SETTIMANE HA AVUTO:

✓ SINTOMI PIÙ DI 2 VOLTE/SETTIMANA? ☐ SÌ ☐ NO

✓ OGNI NOTTE SI SVEGLIA PER L'ASMA? ☐ SÌ ☐ NO

✓ HA UTILIZZATO IL SALBUTAMOLO (VENTOLIN/BRONCOVALEAS) PIÙ DI 2 VOLTE/SETT? ☐ SÌ ☐ NO

✓ HA AVUTO LIMITAZIONI DELL'ATTIVITÀ A CAUSA DELL'ASMA? ☐ SÌ ☐ NO

DATA

MEDICO CURANTE/SPECIALISTA
FIRMA

Si rammenta che secondo le Linee guida di riferimento ESUR (10.0) **la premedicazione non è necessaria.**

DATA

FIRMA DEL PAZIENTE
(O DEL TUTORE LEGALE O DI UN GENITORE SE MINORE)

NOME E COGNOME DEL GENITORE O TUTORE _____

SE GENITORE, INDICARE GRADO DI PARENTELA _____