

## 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.

<p><b>DATI DEL PAZIENTE</b> (eventuale etichetta)</p> <p>Cognome e nome _____</p> <p>Data di nascita _____</p> <p>Telefono _____</p> <p>Provenienza <input type="checkbox"/> INT. U.O. _____</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> EST. _____</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Altra ULSS _____</p>	<p><b>TIPO DI ESAME RICHIESTO</b></p> <p><input type="checkbox"/> TAC con mdc iodato</p> <p><input type="checkbox"/> Angiografia con mdc iodato</p> <p><input type="checkbox"/> Urografia con mdc iodato</p> <p><input type="checkbox"/> RM senza o con mdc paramagnetico (*)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOGRAFIA con mdc (CEUS)</p> <p><input type="checkbox"/> Altro _____</p>
<p><b>Specificare settore anatomico</b> _____</p>	
<p><b>Notizie cliniche e quesito diagnostico</b> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p><b>Data</b> _____</p> <p style="text-align: right;"><b>Firma del Medico (firma solo per i Pazienti interni)</b></p> <p>(*) Per la Risonanza Magnetica deve essere compilato il successivo "Questionario anamnestico specifico per indagini RM"</p>	

**DA COMPILARE IN CASO DI ESAME CON MDC:**

**Creatininemia** (entro 3 mesi salvo eventi intercorrenti) \_\_\_\_\_ Peso (Kg) \_\_\_\_\_  
*N.B. In caso di Ecografia con mdc (CEUS) il dosaggio della creatininemia non è necessario*

Il/La Paziente presenta: 1) Precedenti reazioni moderate/severe ai mdc  NO //  SI //  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  NO //  SI    3) Asma  NO //  SI    *Se SI a 1-2-3 eseguire profilassi (v. sotto)*

4) Scompenso cardiaco  NO //  SI    5) Diabete  NO //  SI    6) Insuff. renale  NO //  SI

7) Trattamento in atto con uno dei farmaci sottoelencati  NO //  SI (INDICARE): b-bloccanti// interleukina 2 // trattamento chemioterapico // FANS (uso cronico) // Aminoglicosidi // Metformina (In caso di IRC IV-V stadio, sospendere la METFORMINA PRIMA DELL'ESAME e ripristinarla 48 h dopo, previo controllo della creatinina.)

*Se SI da punto 4) a 7), SOLO IN CASO DI MDC IODATI, è necessaria la preidratazione (v. sotto)*

8) Ipertiroidismo  NO //  SI    9) Sindrome coronarica acuta recente (6 mesi)  NO //  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/1.73m<sup>2</sup> in caso di angiografia; eGFR < 45 ml/min/1.73m<sup>2</sup> 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  SI

 Donne 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