



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Trento

Dipartimento di Radiodiagnostica

CERTIFICATO ANAMNESTICO PER L'ESECUZIONE DI INDAGINI RADIOLOGICHE CON
MDC ORGANO-IODATO

DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO RICHIEDENTE L'ESAME

Dati PAZIENTE

Cognome: _____

Nome: _____

Nato il: _____

Peso (kg) _____

Esame richiesto: _____

Quesito clinico: _____

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: $30 \leq \text{eGFR} \leq 60$: idratazione orale --- $15 \leq \text{eGFR} < 30$: idratazione ev --- $\text{eGFR} < 15$: 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 Sì 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

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

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

Medico Richiedente _____ tel. _____ data _____

Firma del medico richiedente _____



Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Trento

Dipartimento di Radiodiagnostica

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI INDAGINI RADIOLOGICHE SENZA E
CON MDC ORGANO-IODATO**

DA COMPILARE IN PRESENZA DEL MEDICO RADIOLOGO

Io sottoscritto (cognome e nome) _____

Nato/a il ____ / ____ / ____ a _____

In qualità di:

- Paziente
- Rappresentante legale^{oo} 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 avere 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

ACCONSENSO 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 Sì

Data: ____ / ____ / ____

Firma: _____

Eseguita nefroprofilassi: No Sì

Eseguita premedicazione: No Sì

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:

^{oo} In caso di **Rappresentante Legale**, specificare: genitori (in caso di un unico genitore presente, dichiara il consenso anche dell'eventuale altro) tutore amministratore di sostegno

Firma del rappresentate legale _____