

DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE

Eventuali malattie accertate/possibili fattori di rischio

Cardiopatìa <input type="checkbox"/>	Vasculopatìa <input type="checkbox"/>
Nefropatìa <input type="checkbox"/>	Tireopatìa <input type="checkbox"/>
Epatopatìa <input type="checkbox"/>	Mal.app. respiratorio <input type="checkbox"/>
Emopatìa <input type="checkbox"/>	Mal. app. digerente <input type="checkbox"/>
Allergopatìa <input type="checkbox"/>	Mal. tratto urinario <input type="checkbox"/>
Diabete <input type="checkbox"/>	Ipertensione <input type="checkbox"/>
Altro <input type="checkbox"/>	

Precedenti reazioni a farmaci: SI NO non noto Se sì, a quali farmaci?

Precedenti somministrazioni di M.D.C. : SI NO
Precedenti reazioni a M.D.C.: SI NO
 Eventuali trattamenti concomitanti (esclusa premedicazione) SI NO

Se sì, specificare:
A conoscenza dei rischi che l'esame comporta, ho comunque ritenuto opportuno prescriberlo per il bene e la salute del Paziente.

.....
Timbro e firma per esteso
del Medico Curante o dello Specialista

IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER REAZIONI DI TIPO ALLERGICO

(barrare il riquadro interessato)

- PAZIENTE RICOVERATO:**
dichiaro ai aver provveduto a premedicare il Paziente con Metilprednisolone orale (o equivalente), 32 mg. somministrati sia 12 ore, che 2 ore prima dell'espletamento dell'esame radiologico.
- PAZIENTE ESTERNO:**
dichiaro di aver informato il mio assistito sulla necessità di assumere 32 mg. di Metilprednisolone orale (o equivalente) sia 12 ore prima, sia 2 ore prima dell'espletamento dell'esame radiologico.

.....
Timbro e firma per esteso
del Medico Curante o dello Specialista

N.B. - L'esame radiologico di cui trattasi non verrà eseguito qualora il Paziente con anamnesi positiva per reazioni di tipo allergico non risultasse premedicato secondo le prescrizioni sopra specificate (schema proposto da LASSER E.C., A.J.R. Febbraio 1988).



Dati del Paziente	Distretto da esaminare
Cognome
Nome
Data di nascita
Peso (kg)
N° telefono Reparto richiedente
Elementi clinico-anamnestici	
.....	

Il sottoscritto
presa conoscenza che:

- L'uso di mezzo di contrasto iodato per via endovenosa consente l'opacizzazione dei vasi e dei tessuti durante l'esame radiologico, fornendo in tal modo più informazioni per valutare il problema clinico del Paziente;
- Reazioni allergiche di lieve entità al mezzo di contrasto iniettato si hanno in circa 1 su 5 Pazienti e consistono in prurito, starnuti ed orticaria; meno comunemente reazioni lievi includono difficoltà respiratoria e gonfiore al viso;
- Complicanze più serie si hanno in circa 1 caso ogni 2.000 ed includono reazioni allergiche gravi, abbassamento della pressione arteriosa, collasso cardio-circolatorio e difficoltà respiratoria; raramente (1 caso su 60.000) queste complicanze possono indurre al decesso;
- Il rischio di una reazione grave è aumentato nel caso il Paziente soffra di diabete o asma, presenti allergie a cibi o farmaci oppure abbia avuto precedenti reazioni dopo somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto iodato;

A U T O R I Z Z A

con la sottoscrizione del presente atto, il Servizio in indirizzo a praticargli l'iniezione endovenosa di mezzo di contrasto.

Verona, lì

.....

Firma del Paziente
o di chi ne ha la patria potestà in caso di minore