

OSPEDALE DI SUBIACO

RADIOLOGIA E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Segreteria/Accettazione 0774/8115281 mail: radiologia.subiaco@aslromag.it

Dirigenti Medici: Referente Dott. A. Di Blasi – Dott.ssa A. Sarro

PREPARAZIONE PER CONTRASTOGRAFIE ENDOVENOSE

Esami T A C (Tomografia Computerizzata)

Con Mezzo di Contrasto organo-iodato

ESAMI PRELIMINARI RICHIESTI:

- Azotemia
- Creatininemia
- Emocromo completo
- Elettroforesi e grafico proteico
- ECG (Elettrocardiogramma)

☐ **LA SERA PRECEDENTE L'ESAME MANGIARE SOLO UNA MINISTRINA**

☐ **LA MATTINA DELL'ESAME RESTARE DIGIUNI**

☐ **PER LE TC ALL'ADDOME PORTARE (non bere) UNA BOTTIGLIA D' ACQUA NATURALE DA 1.5 LT**

☐ Per gli esami prenotati di pomeriggio si consiglia di fare una colazione leggera

N.B. – Gli allegati modelli all'interno devono essere compilati:

❶ **Valutazione Clinico - Anamnestica – A cura del Medico curante.**

❷ **Consenso Informato – A cura del paziente.** (Firmare nell'apposito spazio) I pazienti diabetici che assumono Metformina devono sospendere l'assunzione 48 ore prima dell'esame, dopo aver consultato il medico curante. L'assunzione del farmaco potrà avvenire dopo 48 ore dall'esame.

Segnalare al medico se nel passato si sono verificate reazioni allergiche al mezzo di contrasto.

☐ **In assenza degli esami suddetti, dell'impegnativa e dei moduli all'interno compilati, l'esame non potrà essere eseguito. Si consiglia di non portare oggetti di valore.**

Conservare il presente foglio per aver diritto alla prestazione, da consegnare la mattina dell'esame.



☐ **Portare tutta la documentazione sanitaria disponibile e gli esami diagnostici precedenti.**

1 (a cura del Medico curante)

VALUTAZIONE CLINICO-ANAMNESTICA

Ministero della Sanità Circ. del 09.09.75

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____

Medico curante _____ recapito telefonico _____

Quesito clinico _____

Indagine richiesta TAC _____ Con M.d.C. _____

☐ Per la corretta valutazione clinico-anamnestica è indispensabile conoscere dati relativi a:

➤ Comprovato rischio allergico (Se sì, specificare _____)	☐ SÌ	☐ NO
➤ Pregressa reazione a contrasto iodato	☐ SÌ	☐ NO
➤ Insufficienza epatica grave	☐ SÌ	☐ NO

2 (a cura del paziente)

CONSENSO INFORMATO

Informato dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimento e delle eventuali complicanze e rischi connessi con l'esecuzione dell'indagine : TAC _____ Con M. d. C. _____

Il paziente ampiamente soddisfatto delle informazioni di chiarimento ricevute dal Dr. _____ dichiara di acconsentire allo svolgimento della stessa

(Firma del paziente o del titolare del consenso

3. Riservato al Radiologo

Ai sensi della circ. del M.d.S. del 17.09.97, preso atto delle informazioni assunte direttamente dal paziente, dei dati anamnestici raccolti dal Medico Curante, del quesito clinico e dell'indagine richiesta, si procede

all'esame TC _____ con il M.d.C. _____

N.B La consultazione preventiva con l'Anestesista è opportuna nei pazienti come specificati nella circ. del M.d.S. del 17.09.97 (comprovato rischio allergico, gravi forme di insufficienza epatica o renale o cardio vascolare, paraproteinemie, ipertensione arteriosa, diabete, gravidanza, uso di farmaci anticoagulanti, diuretici, antiaggreganti, ecc.).

➤ Consultazione preventiva con l'Anestesista _____ SÌ _____ NO _____

Firma dell'Anestesista _____

Data _____

(Firma del Medico Radiologo _____)

➤ Insufficienza renale grave	☐ SI	☐ NO
➤ Diabete	☐ SI	☐ NO
➤ Ipertiroidismo	☐ SI	☐ NO
➤ Insufficienza cardio-vascolare grave	☐ SI	☐ NO
➤ Anamnesi per mieloma	☐ SI	☐ NO
➤ Trattamento in atto con farmaci (Beta bloccanti,biguanidi,interieuchina) (Se si, specificare _____)	☐ SI	☐ NO
➤ Assunzione di alcol, droghe	☐ SI	☐ NO

Data _____ / _____ / _____

(Timbro e Firma del Medico Curante)

I pazienti diabetici che assumono **Metformina** devono sospendere l'assunzione 48 ore prima dell'esame, dopo aver consultato il medico curante. L'assunzione del farmaco potrà avvenire dopo 48 ore dall'esame.

Segnalare al medico se nel passato si sono verificate reazioni allergiche al mezzo di contrasto.
