



**INFORMATIVA PER ESAME RADIOLOGICO CON IMPIEGO DI MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO PER  
VIA ENDOVENOSA**

COGNOME E NOME del paziente \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ peso kg \_\_\_\_\_

ESAME RADIOLOGICO RICHiesto \_\_\_\_\_

MOTIVO DELL'INDAGINE E SINTESI CLINICO-ANAMNESTICA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dati clinico-anamnestici del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

richiesti prima di effettuare l'esame TC con mdc:

- |  |    |    |    |
|--|----|----|----|
| - Insufficienza renale   |    | SI | NO |
| (se si, specificare valore della creatininemia più recente _____ mg/dl effettuata in data _____)                             |    |    |    |
| - Paraproteinemia di Waldestrom  |    | SI | NO |
| - Mieloma multiplo   |    | SI | NO |
| - Diabete mellito  |    | SI | NO |
| - Gotta  |    | SI | NO |
| - Ipertiroidismo grave (morbo di Basedow – gozzo multinodulare tossico)  |    | SI | NO |
| - Insufficienza epatica grave  |    | SI | NO |
| - Insufficienza cardio-vascolare grave   |    | SI | NO |
| - Recente infarto miocardico   |    | SI | NO |
| - Terapia con i seguenti farmaci: metformina, aminoglicosidi, FANS, cisplatino, ciclosporine, interleuchina 2, betabloccanti |    | SI | NO |
| (se si, specificare quali _____)   |    |    |    |
| - Recente (ultimi 10 gg) effettuazione di esame radiologico con impiego endovenoso di mdc organo-iodato                      |    | SI | NO |
| - Diatesi allergica:   |    |    |    |
| Asma allergico   | SI | NO |    |
| Storia di reazioni avverse al mdc  | SI | NO |    |
| Allergie note  | SI | NO |    |

Firma del medico richiedente

\_\_\_\_\_

ESAMI CLINICO-STRUMENTALI DA ESEGUIRE ENTRO 30 gg DALLA DATA DELL'ESAME TC CON MDC

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| - Azotemia                     | - Transaminasemia                           |
| - Bilirubinemia                | - Esame Urine                               |
| - Creatininemia                | - Elettrocardiogramma e visita cardiologica |
| - Glicemia                     |   |
| - Elettroforesi siero-proteica |   |

**PORTARE IN VISIONE AL CENTRO LE ANALISI RICHIESTE ED IL PRESENTE MODULO COMPILATO ALMENO 2 GG PRIMA DALLA DATA DELL'ESAME**