

**A.O.R.N. "S. GIUSEPPE MOSCATI" AV**  
**MODULO DI PREPARAZIONE PRIMA DI UN ESAME DI**  
**ENTEROGRAFIA TC O RM**  
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA-INTERVENTISTICA E D'URGENZA  
*Direttore Dott. Lanfranco Musto*

Allegato B

**PREPARAZIONE ESAMI CONTRASTOGRAFICI**  
**ENTEROGRAFIA-TC O RM**  
**ENTERO-TC O ENTERO-RM**

*GENTILE PAZIENTE,*

per una corretta esecuzione dell'esame, le chiediamo di **LEGGERE ATTENTAMENTE LE INFORMAZIONI** riportate in questa scheda

La richiesta del medico di base deve contenere la dicitura

TC dell'addome completo senza e con mdc ev per studio entero-TC oppure

RM dell'addome completo senza e con mdc ev per studio entero-RM

**ESAME ENTEROGRAFIA TC O RM**

- 1) **Digiuno da almeno 6 ore**
- 2) **Per l'impiego del mezzo di contrasto endovenoso** seguire le istruzioni indicate nel modulo allegato "istruzioni per l'impiego del mdc ev".
- 3) **Portare due bottiglie di acqua da 1 litro e due bustine di SELG\_S** (da assumere al momento dell'esame su indicazione del personale addetto)
- 4) **Durante l'esame** le sarà iniettato un farmaco antispastico (Buscopan 1 fl) per ridurre la peristalsi intestinale
- 5) **Dosaggio Creatininemia** non antecedente a tre mesi.

**Consultare l'Allegato E**

L'utilizzo di mezzo di contrasto **RENDE NECESSARIO IL DIGIUNO**, ad esclusione dei farmaci abitualmente assunti, che possono essere ingeriti con qualche sorso d'acqua. E' inoltre utile un'abbondante idratazione prima e dopo l'esame, per accelerare l'eliminazione del mezzo di contrasto per via renale, soprattutto nei casi di insufficienza renale.

**SEGNALARE AL PERSONALE SANITARIO EVENTUALI ALLERGIE A MEZZI DI CONTRASTO TC e/o RM**

RICORDARE DI ESIBIRE EVENTUALI ESAMI PRECEDENTI

**CODICE TC: 88016001+88902    CODICE RM: 88952001+88955001**

**A.O.R.N. "S. GIUSEPPE MOSCATI" AV**  
**MODULO DI PREPARAZIONE PRIMA DI UN ESAME DI**  
**ENTEROGRAFIA TC O RM**  
**RADIOLOGIA DIAGNOSTICA-INTERVENTISTICA E D'URGENZA**  
*Direttore Dott. Lanfranco Musto*

**INFORMAZIONI SINTETICHE PER LA PREVENZIONE DELLE REAZIONI AVVERSE AL MEZZO DI  
CONTRASTO**

**Allegato E**

Il **medico richiedente** prima di un esame di TC/RM con mezzo di contrasto per vena raccoglie un'anamnesi accurata che permetta l'identificazione dei pazienti a rischio di reazioni avverse all'impiego di mezzi di contrasto

**Sono fattori di rischio:**

pregressa reazione allergica o simil-allergica a seguito di un'indagine di Tomografia computerizzata(TC) e/o Risonanza Magnetica(RM);

episodi di asma allergica e/o orticaria-angioedema non controllati dalla terapia farmacologica;

episodio di anafilassi in cui non è riconoscibile la causa scatenante

pazienti affetti da mastocitosi cutanea o sistemica ( documentata triptasi elevata )

**NB – Non sono fattori di rischio :**

- L'allergia a molluschi, crostacei, pesci o altri alimenti;
- l'allergia ad altre categorie di farmaci, diverse da quelle che verranno somministrate durante la procedura contrastografica ( *antibiotici, FANS, IPP ecc.*);
- l'allergia al veleno degli imenotteri ( *api, vespe, calabroni* );
- anamnesi positiva per reazioni da ipersensibilità ad antisettici iodati, quali soluzione di iodopovidone (Betadine) e iodoformio .
  
- **In caso di anamnesi positiva per reazione allergica a MdC eseguire la profilassi farmacologica secondo lo schema allegato (o scaricato dal sito aziendale "Protocollo di premedicazione per pazienti allergici") o consultare lo Specialista Radiologo e/o Allergologo.**
  
- **E' buona norma consigliare al paziente una adeguata idratazione ( un litro e mezzo ) il giorno prima dell'esame, sempre che le condizioni cliniche generali lo consentano.**
  
- **Inoltre è opportuno portare esami inerenti la patologia in studio se eseguiti in altra sede**



**A.O.R.N. "S. GIUSEPPE MOSCATI" AV**  
**MODULO DI PREPARAZIONE PRIMA DI UN ESAME DI**  
**ENTEROGRAFIA TC O RM**  
 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA-INTERVENTISTICA E D'URGENZA  
 Direttore Dott. Lanfranco Musto

**DATI ASSISTITO:**

GOGNOME.....NOME.....

DATA DI NASCITA.....PESO.....ALTEZZA.....

INDAGINE RICHIESTA.....

QUESITO DIAGNOSTICO.....

NOTIZIE CLINICHE .....

		Si	No
1.	Storia clinica di reazioni avverse moderate o severe a mezzi di contrasto per esame TC e/o RM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Storia di atopia che richiede un trattamento medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Storia di asma instabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Dosaggio Creatininemia non antecedente a tre mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Creatinina: ..... mg/dl Calcolo del filtrato glomerulare (eVFG) ..... mL/min (VEDI siti web per il calcolo automatico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In trattamento con Metformina Se il paziente è attualmente in trattamento con Metformina ed ha Insufficienza renale (VFG $\leq$ /=30mL/min) sospendere il farmaco dal momento dell'esame e per 48 h, dopo rivalutazione della VFG e se la funzione renale non è deteriorata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ipertiroidismo non compensato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Compilato da \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma e Timbro del medico richiedente