

**AZIENDA OSPEDALIERA S. GIUSEPPE MOSCATI AVELLINO**  
**MODULO DI RICHIESTA ESECUZIONE ESAME**  
**RISONANZA MAGNETICA (RM) CON MDC**  
**U.O.C. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA-INTERVENTISTICA E D'URGENZA**  
*Direttore f.f. 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 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***

**AZIENDA OSPEDALIERA S. GIUSEPPE MOSCATI AVELLINO**  
**MODULO DI RICHIESTA ESECUZIONE ESAME**  
**RISONANZA MAGNETICA (RM) CON MDC**  
**U.O.C. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA-INTERVENTISTICA E D'URGENZA**

*Direttore f.f. 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.	<b>Dosaggio Creatininemia non antecedente a tre mesi</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Creatinina: ..... mg/dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se il paziente è attualmente in trattamento con Metformina ed ha Insufficienza renale (VFG≤/≠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.		
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