

AZIENDA OSPEDALIERA S. GIUSEPPE MOSCATI AVELLINO
MODULO DI RICHIESTA ESECUZIONE ESAME
RISONANZA MAGNETICA (TC) 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 (TC) 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.	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≤/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