



Centro Diagnostico Omega

Studio di radiologia digitale – ecografia – RM – TC - DEXA
Via Brindisi, sn- 72023 Mesagne (BR) Tel. 0831.771959

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 |
| (se si specificare a cosa: _____) | | | |

Firma del medico richiedente

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

- Creatininemia
- Elettroforesi siero-proteica
- EGFR(velocità di filtrazione glomerulare)

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