



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 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 PRIMA DALLA DATA DELL'ESAME TC CON MDC

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

Entro i 2 giorni precedenti dalla data dell'esame: portare in visione al centro le analisi richieste ed il presente modulo compilato per poter consentire al medico di dare la preparazione adeguata.

IL GIORNO DELL'ESAME: presentarsi al Centro all'ora dell'appuntamento digiuni da almeno 7 ore con prescrizione del Medico Curante e/o Medico Specialista su cui è riportato il preciso quesito diagnostico, portando con sé gli esami richiesti, e già portati in visione, il presente modulo e tutta la **documentazione precedente relativa al distretto da esaminare (capo, torace, addome, articolazione, ecc.): es. RX, ECO, TAC, RM, angiografie, scintigrafie, visite specialistiche, ricoveri, interventi, ecc.**