



Richiesta e consenso informato alla somministrazione intravasale di mezzo di contrasto organico iodato

Per (cognome e nome) _____ data di nascita ___/___/___

si richiede il seguente esame che deve essere effettuato con somministrazione intravasale
di mezzo di contrasto

(specificare l'esame richiesto) _____
con la seguente indicazione clinica _____

Data ___/___/___

Firma e timbro del medico richiedente

Per procedere all'esame richiesto si prega di escludere o confermare patologie:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1) Comprovato rischio allergico a contrasti iodati | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2) Forme di grave insufficienza epatica | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3) Forme di grave insufficienza renale | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4) Insufficienza cardio-vascolare | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5) Diabete | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 6) Paraproteinemia | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 7) Asma bronchiale o altre allergie | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

8) Segnalare eventuale trattamento con i seguenti farmaci

- | | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Beta-bloccanti | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | se Si' sospendere 48H prima |
| b. Biguanidi | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |
| c. Interleukina 2 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |

Esami obbligatori:

- **CREATININEMIA con filtrato glomerulare (eGFR), effettuato entro gli ultimi 3 mesi, preferibilmente entro i precedenti 10 giorni.**
- **digiuno da almeno 6 ore**
- **il paziente deve essere idratato**
- **se il paziente assume biguanidi, sospendere il trattamento 48 ore prima**

Data ultimo aggiornamento
07/04/2026

Nome Cognome medico
Flavio Milesi

IRCCS Maugeri Lumezzane | Via Mazzini 129, 25065 Lumezzane (BS) | Tel. +39 030 8253011 | PEC direzione.lumezzane@pec.icsmaugeri.it



Istituti Clinici Scientifici Maugeri S.p.A. Società Benefit | Via Salvatore Maugeri 4, 27100 Pavia | C.F. e P.I. 02631650187 | Capitale Sociale € 45.880.303,00 di cui versato € 39.270.202,00 Iscr. Rea PV 289202 | Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Fondazione Salvatore Maugeri, socio unico. | www.icsmaugeri.it

ICS Maugeri Spa Società Benefit è certificata secondo la Norma UNI EN ISO 9001:2015 da Bureau Veritas

Aut. San. N. 144/DG del 18/07/2016