

INFORMAZIONI E ISTRUZIONI NECESSARIE PRIMA DI SOTTOPORSI AD ESAMI TC CON MEZZO DI CONTRASTO

Il giorno dell'esame presentarsi:

- Digiuno da almeno 6 ore
- Assumere regolarmente la terapia farmacologica
 - a) In caso di terapia insulinica consultare il medico curante
 - b) Pazienti diabetici che assumono METFORMINA e con $eGFR \leq 45$ mL/min dovranno sospenderla, previo consulto del medico curante, 48 h prima dell'esame e riprenderla 48 h dopo se eGFR invariato.

Presentarsi, inoltre, muniti di:

- Impegnativa utilizzata per la prenotazione
- Esame ematico della creatinina (validità 3 mesi; accertamento da effettuare in un laboratorio analisi)
- Documentazione completa relativa a precedenti indagini eseguite in relazione alla problematica oggetto di studio effettuate in altre strutture (RX, Ecografie, TC e RM) con CD immagini
- Questionario anamnestico per esecuzione di tomografia computerizzata (TC) con mezzo di contrasto (allegato) firmato e timbrato dal Medico richiedente l'esame
- In caso di **anamnesi positiva per allergie (mezzo di contrasto, farmaci o altro)** è **indispensabile contattare il Servizio di Radiologia** (telefono 0322-884771 dal lunedì al venerdì dalle 13.30 alle 15.30) ai fini dell'adozione della strategia diagnostica più indicata e sicura, che può prevedere una premedicazione farmacologica secondo protocollo aziendale allegato.
- Se il distretto oggetto di studio comprende l'addome portare 2 bottiglie di acqua naturale da 500 ml da assumere sotto indicazione del personale del Servizio.

Data ultimo aggiornamento

07/07/2026

Nome Cognome medico

Dr. Mariano Sacco

	MODULO DIM	DIM VR MD13-2
	QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ESECUZIONE DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) CON MEZZO DI CONTRASTO	Data: 26/11/2025 Pagina 1 di 2

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____

il ____/____/____

Gentile Paziente,

La preghiamo di rispondere brevemente ai seguenti quesiti per valutare la Sua idoneità a sottoporsi ad un esame TC con Mezzo di Contrasto (MdC) nella nostra Struttura. **Il questionario deve essere compilato e firmato dal medico che richiede l'esame e successivamente dal medico responsabile della prestazione diagnostica.**

In caso di anamnesi positiva per allergia a mezzo di contrasto, a seguito di un'indagine radiologica (TC, urografia, angiografia, coronarografia) contattare il Servizio di Radiologia (Tel. 0322/884771) dal Lunedì al Venerdì dalle ore 13.30 alle ore 15.30 per verificare la fattibilità dell'esame.

Presenza di asma bronchiale non controllato dalla terapia farmacologica	SI ☐	NO ☐
Presenza di orticaria-angioedema non controllato dalla terapia farmacologica	SI ☐	NO ☐
Pregressa anafilassi idiopatica	SI ☐	NO ☐
Allergia a farmaci	SI ☐	NO ☐
Allergie alimentari (con manifestazioni gravi)	SI ☐	NO ☐

Da consegnare all'atto dell'accettazione

	MODULO DIM	DIM VR MD13-2
	QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ESECUZIONE DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) CON MEZZO DI CONTRASTO	Data: 26/11/2025 Pagina 2 di 2

EVENTUALI MALATTIE ACCERTATE E POSSIBILI FATTORI DI RISCHIO ALL'UTILIZZO DEL MEZZO DI CONTRASTO IODATO

- | | | | |
|---|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - | Grave insufficienza renale | Si ☐ | No ☐ |
| - | Indicare Valore di Creatinina Sierica/Filtrato Glomerulare: _____ | Si ☐ | No ☐ |
| - | Grave insufficienza epatica | Si ☐ | No ☐ |
| - | Insufficienza cardio – vascolare | Si ☐ | No ☐ |
| - | Diabete | Si ☐ | No ☐ |
| - | Tireotossicosi | Si ☐ | No ☐ |
| - | Ipertensione | Si ☐ | No ☐ |
| - | Gravidanza | Si ☐ | No ☐ |

Data _____

Nome e Cognome del paziente

Nome e Cognome del Medico Proponente

Firma del Paziente

Firma del Medico Proponente

Nome e Cognome del Medico Radiologo

Firma del Medico Radiologo

	MODULO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI VERUNO PREMEDICAZIONE PER ESAMI TC CON MEZZO DI CONTRASTO ENDOVENA	DIM VR IO MPEE MD2-1
		Data: 19/12/2025 Pagina 1 di 1

Gentile Signora/e,

Al fine di ridurre eventuali reazioni allergiche al MDC, di seguito Le forniamo le indicazioni per il trattamento da condividere con il proprio Medico di base e da assumere, salvo diverse indicazioni con le modalità sotto indicate.

DELTA-CORTENE 25 mg compresse

2 cpr alle ore 20.00 del giorno precedente l'esame
2 cpr alle ore 24.00 del giorno precedente l'esame
2 cpr alle ore 08.00 del giorno dell'esame

PANTORC 20 mg

1 cpr alle ore 20.00 del giorno precedente l'esame
1 cpr alle ore 08.00 del giorno dell'esame

CLORFENAMINA MALEATO 10 mg/ml fiale

1 fl im 1 ora prima dell'esame (che verrà fornita e somministrata presso il Servizio di Radiologia).

Si prega di dare informazione del proprio stato allergico alla Segreteria del Servizio di Diagnostica per Immagini all'atto della registrazione.