

## 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)
- 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

05/08/2025

Nome Cognome medico

Dr. Mariano Sacco

	<b>MODULO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI VERUNO</b>	DIM VR MD13-1
	<b>QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ESECUZIONE DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) CON MEZZO DI CONTRASTO</b>	Data: 07/08/2025 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 <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Presenza di orticaria-angioedema non controllato dalla terapia farmacologica | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Pregressa anafilassi idiopatica  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Allergia a farmaci   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Allergie alimentari (con manifestazioni gravi)                               | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

	<b>MODULO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI VERUNO</b>	DIM VR MD13-1
	<b>QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ESECUZIONE DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) CON MEZZO DI CONTRASTO</b>	Data: 07/08/2025 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

\_\_\_\_\_

*Da consegnare all'atto dell'accettazione*

 Istituti Clinici Scientifici Maugeri	<b>MODULO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI VERUNO</b>	DIM VR IO MPEE MD2-0
	<b>PREMEDICAZIONE PER ESAMI TC CON MEZZO DI CONTRASTO ENDOVENA</b>	Data: 05/06/2024 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.*