

AZIENDA SANITARIA N.6 - SANLURI
Presidio Ospedaliero di San Gavino Monreale
Servizio di Tomografia computerizzata
Tel.070/9378318

Caro Collega,

preso atto delle considerazioni contenute nella nota del Ministero della Sanità del 17 settembre del 1997 "*Mezzi di contrasto organo-iodati e paramagnetici per via iniettiva*" sollecitiamo la Tua preziosa collaborazione nell'intento di semplificare la procedura di prenotazione e di ridurre le spese ed i disagi a carico dei pazienti e per limitare al massimo i rischi derivanti dalla somministrazione dei Mezzi di Contrasto organo-iodati durante le procedure diagnostiche.

AvvalendoTi dell'approfondita conoscenza delle condizioni fisiche e della clinica del paziente dovresti compilare il semplice questionario sottoesposto che consentirà allo specialista radiologo la precisa valutazione delle condizioni del paziente in relazione alla somministrazione del contrasto.

QUESTIONARIO CLINICO

A carico del Sig./ra _____ di anni _____ Sono stati rilevati i sintomi, riscontri di laboratorio e strumentali che configurano:

Sbarrare con una croce la casella indicativa

In caso affermativo si consigliano i seguenti esami

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| ➤ Insufficienza epatica grave | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | ▶ PT, PTT, Piastrine, Albuminemia, Colinesterasi, bilirubinemia |
| ➤ Insufficienza renale grave | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | ▶ Creatininemia |
| ➤ Ins. Cardiocircolatoria grave | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | ▶ ECG, ecocardiogramma |
| ➤ Ins. Miocardia grave | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | ▶ ECG, Ecocardiogramma |
| ➤ Mieloma multiplo, Paraproteinemia | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | ▶ Rapporto K/λ, Elettroforesi, Prot. Bence Jones nelle urine, Proteinuria totale |
| ➤ Ipertireosi | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | ▶ TSH, T ₃ , T ₄ |
| ➤ Ipersensibilità allo Iodio | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | ▶ In quale procedura? _____ |
| ➤ Intolleranze farmacologiche | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | ▶ Per quali farmaci? _____ |
| ➤ Diatesi allergiche | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> | ▶ Quale? _____ |

Data _____

Firma e timbro del Medico Curante

Se l'anamnesi è negativa, non sono necessari ulteriori accertamenti ed è sufficiente presentare al Radiologo il questionario da Te compilato.

La consulenza anestesiologicala è indispensabile nel sospetto o nella certezza di diatesi allergiche, intolleranze farmacologiche e soprattutto in caso di pregresse reazioni allergiche in corso di somministrazione di mezzo di contrasto.