



Azienda Sanitaria Provinciale Messina

Via Giuseppe La Farina, 263/n  
98123 Messina – P.IVA: 03051870834

## Modulo per richiesta di esame TC con Mezzo di Contrasto per via iniettiva

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_ nato/a a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
ricoverato/a nell'UO: \_\_\_\_\_ ambulatoriale: \_\_\_\_\_ Medico curante o dell'UO: \_\_\_\_\_  
TC con MDC proposta: \_\_\_\_\_ quesito clinico: \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_

### A) A cura del Medico curante/Prescrivente

Per la corretta valutazione clinico-anamnestica è indispensabile conoscere i seguenti dati:

- Comprovata allergia ai Mezzi di Contrasto organo-iodati o ad altre sostanze SI  NO
- Ipertiroidismo Manifesto SI  NO
- Insufficienza Renale o fattori predisponenti l'Insufficienza Renale (diabete, gotta, cirrosi epatica, uso di farmaci nefrotossici, chirurgia renale, paraproteinemia, mieloma) indicare quale: SI  NO
- Insufficienza Cardio-Vascolare grave SI  NO
- Assunzione di Metformina (sospendere il farmaco da 3 gg. prima a 2 gg. dopo l'esame) SI  NO
- Altre Patologie degne di nota: \_\_\_\_\_

### Per poter eseguire l'indagine TC con MDC è necessario:

- Esibire i valori di glicemia, creatininemia ed azotemia, espletati entro un mese dall'esecuzione dell'esame
- Rispettare un digiuno alimentare di almeno 8 ore

### Per i soggetti che presentano patologie allergiche

Solo per i soggetti che presentano patologie allergiche è necessario eseguire la seguente profilassi, salvo controindicazioni alla somministrazione di cortisonici:

- 2 Compresse di Deltacortene Forte Da 25 Mg 13 ore prima dell'esecuzione dell'esame
- 2 Compresse di Deltacortene Forte Da 25 Mg 7 ore prima dell'esecuzione dell'esame
- 2 Compresse di Deltacortene Forte Da 25 Mg 1 ora prima dell'esecuzione dell'esame
- 1 Fiala di Trimeton intramuscolo 1 ora prima dell'esecuzione dell'esame

Firma e Timbro del Medico curante o dell'UO

Dichiarazione di stato di gravidanza CERTA o PRESUNTA SI  NO

### B) A cura del paziente - Consenso informato

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_, informato dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimento dell'indagine e delle eventuali complicanze e rischi connessi alla somministrazione del Mezzo di Contrasto da semplici reazioni cutanee, sino a reazioni imprevedibili più gravi a carico dell'apparato cardiovascolare e respiratorio, anche letali, ampiamente soddisfatto dalle informazioni e dai chiarimenti ricevuti dal Dott. \_\_\_\_\_ dichiaro di acconsentire allo svolgimento dell'esame.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Paziente o del titolare del consenso

### C) A cura del Medico radiologo

In base ai dati forniti si dichiara idoneo all'esecuzione dell'esame.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Medico Responsabile della gestione dell'esame

### Revoca consenso informato

Dichiaro di voler revocare sotto la Mia responsabilità il consenso espresso, essendo stato informato dal Dott. \_\_\_\_\_ sui possibili effetti avversi al Mezzo di Contrasto.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Paziente o del titolare del consenso