

Poliambulatorio Statuto

Via Alessandro Manzoni 0 • 10122 Torino

Via Saluzzo 50 • 10125 Torino

Piazzale Piero Vietti 1 • 10074 Lanzo Torinese (TO)

Per informazioni e prenotazioni

• Telefono: 011 548944 • 011 5695739 • 0123 416090

• Sito web: kormed.it• Email: accettazione.statuto@kormed.it

Scheda informativa RM per la somministrazione di mezzo di contrasto a base di gadolino

Questionario da compilarsi da parte del Medico prescrivente

(La mancata compilazione del questionario preclude l'effettuazione dell'esame)

Sig./ Sig.ra (cognome e nome)

nato/a a in data

ATTENZIONE: La preghiamo di voler segnalare:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| • comprovata allergia ai mezzi di contrasto a base di Gadolinio (se noto, quale.....) | ☐ SÌ | ☐ NO |
| • asma bronchiale sintomatica | ☐ SÌ | ☐ NO |
| • orticaria in atto | ☐ SÌ | ☐ NO |
| • angioedema ricorrente | ☐ SÌ | ☐ NO |
| • mastocitosi | ☐ SÌ | ☐ NO |
| • pregresso/i episodio/i di shock anafilattico da causa non determinata | ☐ SÌ | ☐ NO |
| • stato di gravidanza (possibile o accertata) | ☐ SÌ | ☐ NO |
| • forme di grave insufficienza cardio-vascolare | ☐ SÌ | ☐ NO |
| • eventuale somministrazione di m.d.c. ev nelle ultime 48-72h | ☐ SÌ | ☐ NO |

funzionalità dei reni:

creatininemia e-GFR..... del.....

(dosaggio eseguito nei 3 mesi precedenti; nella settimana precedente in caso di patologia acuta o di evento esterno che possa aver influenzato negativamente la funzionalità renale)

Data

Timbro e firma del Medico prescrivente

Timbro e firma del Medico Radiologo (per presa visione)

Poliambulatorio Statuto

Via Alessandro Manzoni 0 • 10122 Torino

Via Saluzzo 50 • 10125 Torino

Piazzale Piero Vietti 1 • 10074 Lanzo Torinese (TO)

Per informazioni e prenotazioni

• Telefono: **011 548944 • 011 5695739 • 0123 416090**

• Sito web: **kormed.it**

• Email: **accettazione.statuto@kormed.it**

I pazienti che presentino:

- comprovata **allergia a mezzi di contrasto** (iodato o paramagnetico)
- **asma** non controllata
- **orticaria e/o angioedema cronici** e/o ricorrenti non controllati
- **mastocitosi**
- **anafilassi idiopatica**
- valore della **creatininemia e/o valore di e-GFR non compreso nei valori di normalità devono comunicare la presenza di una o più delle suddette condizioni in fase di prenotazione** per permettere al Medico Radiologo Responsabile dell'esame di valutare se possibile eseguire l'indagine.

NON sono fattori di rischio:

- Pregressa reazione allergica a molluschi, crostacei, pesci o altri alimenti, polveri, metalli etc.
- Pregressa reazione allergica ad altre categorie di farmaci
- Reazioni da ipersensibilità ad antisettici iodati, quali soluzione di iodiopovidone e iodoformio