

Gentile Utente, il presente Modulo dovrà essere compilato dal Suo medico curante e riconsegnato presso la segreteria il giorno dell'esame.

Si ricorda che dovranno essere allegate anche le indagini effettuate precedentemente e inerenti l'esame RM

Il paziente dovrà osservare un digiuno di almeno 6 ore prima dell'esame; può bere acqua.

Data _____

Cognome e Nome		Nato a		Il	
Residente a		Via		tel	
ESAME RICHIESTO					
MOTIVO DELL'ESAME					

Si dichiara quanto segue:

- | | | | |
|---|---|----|----|
| 1 | a) Il/La paziente ha già effettuato RM con mezzo di contrasto? | SI | NO |
| | b) Se sì al punto a), il/la paziente ha avuto storie di moderate o severe reazioni al mezzo di contrasto per risonanza magnetica? | SI | NO |
| 2 | Storia di allergie che richiedono trattamento | SI | NO |
| 3 | Storia di asma | SI | NO |
| 4 | Storia di emosiderosi o emocromatosi | SI | NO |
| 5 | Precedenti reazioni al destrano | SI | NO |
| 6 | Il paziente assume Beta-bloccanti | SI | NO |
| 7 | Insufficienza renale (creatinine mia _____) | SI | NO |

Timbro e Firma leggibile del medico curante

Firma leggibile del paziente
o del titolare del consenso

In caso di precedenti reazioni allergiche al MDC o a FARMACI o di allergie in trattamento eseguire preparazione desensibilizzante; si consiglia il seguente schema:

prednisone 50mg per os 13 ore, 7 ore e 1 ora prima dell'esame diagnostico

cetirizina 10 mg 1 ora prima dell'esame diagnostico

pantoprazolo 40 mg 13 ore prima dell'esame diagnostico

I pazienti con asma devono essere valutati dall'Anestetista

La eventuale sospensione di farmaci B-bloccanti va contemplata e valutata dall'Anestesista assieme al cardiologo curante, esclusivamente nei casi di accertata e grave allergia al mdc, previo accertamento dell'appropriatezza e indispensabilità dell'esame

NOTA INFORMATIVA PER IL MEDICO CURANTE

Egregio collega,

il questionario clinico-anamnestico sul retro di questa pagina, formulato secondo le Linee Guida dell'ESUR e della SIRM ottempera alle disposizioni della nota del Ministero della Sanità del 17/09/1997 nella quale *"si ritiene che la valutazione clinico-anamnesticca di ciascun paziente da sottoporre ad indagine con mezzi di contrasto da parte del medico curante, che richiede l'esame, e da parte del radiologo, che esegue l'esame, rappresenti per la prevenzione il momento più importante"*

Resta peraltro inteso che la valutazione dei criteri di appropriatezza dell'indagine richiesta è appannaggio dello specialista radiologo al quale è deputata la scelta della metodica e del mezzo di contrasto più idonei, sulla base della sua personale esperienza e della valutazione del rapporto costo-beneficio (DL n. 187 del 26/05/2000; Cof. Perm. Rapp. Stato-Regioni: Accordo del 28/10/2004)

Questo modulo dovrà essere consegnato in originale al momento dell'esame dallo stesso paziente.

Cell. 0833.585092

Email info@centrodiagnosticodemarco.it

Riservato ai pazienti con precedenti di reazioni allergiche la mezzo di contrasto e a farmaci o allergie in trattamento

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di aver eseguito la
terapia desensibilizzante prescrittagli/le dal Medico Curante.

In fede
