

PREPARAZIONE ALL'ESAME TAC CON MEZZO DI CONTRASTO PER VIA ENDOVENOSA

Gentile paziente, di seguito trova tutte le informazioni utili per l'esecuzione dell'esame prescritto. La invitiamo a seguire scrupolosamente le istruzioni e a **portare con sé eventuali esami fatti precedentemente**.

Per la somministrazione del mezzo di contrasto per via iniettiva **sono necessari:**

- Diggiuno da 6 ore con l'esclusione di acqua o di farmaci abitualmente assunti come terapia per cuore e pressione
- Esecuzione preliminare dei seguenti esami: **AZOTEMIA, CREATINEMIA, GLICEMIA, PROTIDOGRAMMA ELETTROFORETICO CON GRAFICO TOTALE FRAZIONATO** risalenti al massimo a due settimane precedenti l'esecuzione dell'esame.
- I soggetti di età pari o maggiori di **80 anni** devono obbligatoriamente presentare all'atto dell'accettazione sanitaria: **visita cardiologica, elettrocardiogramma e frazione di eiezione** risalenti al massimo a **30 gg. prima dell'esame TAC**.
- I soggetti allergici (in particolar modo a farmaci come **aspirina e antibiotici**) devono effettuare la seguente premedicazione a partire dalle 12 ore precedenti l'esecuzione dell'esame:
 - **Deltacortene 25 mg. cpr per os**: una compressa 12h -8h-2h prima della somministrazione del mezzo di contrasto
 - **Cetirizina Dicoridrato 10mg. 1 cpr**: una compressa 2h prima della somministrazione del mezzo di contrasto, assunta insieme all'ultima compressa di Deltacortene 25 mg.

Con specifica nota che distingue l'anamnesi indicata in ricetta cod. 8903RA (*con la quale si valuta l'appropriatezza dell'esame in relazione al quesito diagnostico*), dalla richiesta del presente modulo (*che dà la possibilità di effettuare una corretta valutazione del quadro clinico del paziente riguardo agli eventuali rischi e controindicazioni per l'esecuzione dell'esame con mezzo di contrasto*), La invitiamo a far compilare dal medico curante richiedente il sottostante questionario, e qualora, secondo quanto da questi dichiarato, dovessero sussistere patologie o condizioni che controindichino l'utilizzo del mezzo di contrasto per via endovenosa, ci riserviamo la decisione di non effettuare l'esame prescritto.

Nome e Cognome _____ **Luogo e data di nascita** _____

Ha mai effettuato esami con infusione di mezzo di contrasto e. v.?	SI	NO
Ha avuto in passato disturbi dopo infusione con mezzo di contrasto e. v.?	SI	NO
Ha mai avuto fenomeni allergici stagionali o dopo medicinali, alimenti, anestetici?	SI	NO
E' affetto/a da ipertensione?	SI	NO
E' affetto/a da ipertiroidismo	SI	NO
E' in stato di gravidanza?	SI	NO
E' affetto/a da insufficienza renale?	SI	NO
E' affetto/a da diabete mellito?	SI	NO
E' affetto/a da insufficienza epatica?	SI	NO
E' affetto/a da sofferenza del miocardio?	SI	NO
E' affetto/a da mieloma multiplo o m. di Waldenstrom?	SI	NO
E' in trattamento con farmaci (beta-bloccanti, biguanidi, interleukina, fans)?	SI	NO
Se si, specificare quali _____		

Data _____

IL MEDICO CURANTE/PRESCRIVENTE
