

	MODULO	Rev. 0	Pag. 1 di 2
	QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ESECUZIONE ESAMI CON INIEZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO IN REGIME DI ELEZIONE	ASSTNM-M-186	

Cognome Nome data di nascita / / peso

INDAGINE RICHIESTA

E' in stato di gravidanza? SÌ NO

Disfunzioni tiroidee? (per paziente pediatrico e somministrazione mdc iodato) SÌ NO

ALLERGIE

ANAMNESI POSITIVA PER:

Ha eseguito esami con mezzo di contrasto? SÌ NO

Precedenti reazioni avverse a MDC SÌ NO

Se ha risposto SÌ, descrivere il tipo di reazione ed eventuale terapia, se possibile allegare eventuale documentazione

Valutazione allergologica SÌ NO

Se ha risposto SI allegare documentazione _____

Soffre di

- anafilassi idiopatica
- mastocitosi
- angioedema ricorrente e orticaria non controllate
- asma bronchiale non controllato da terapia, ovvero nelle ultime 4 settimane ha avuto:
 - sintomi più di 2 volte/settimana? SÌ NO
 - ogni notte si sveglia per l'asma? SÌ NO
 - ha utilizzato il salbutamolo (Ventolin/Broncovaleas) più di 2 volte/settimana? SÌ NO
 - ha avuto limitazioni dell'attività a causa dell'asma? SÌ NO

Se ha selezionato una delle patologie o ha risposto SÌ ad una delle domande, la possibilità di eseguire l'esame sarà definibile solo in Radiologia e pertanto potrà essere rimandato in attesa di una consulenza dello Specialista allergologo o di una valutazione del Medico curante o dello Specialista di riferimento o in caso di pregressa reazione avversa grave a MdC noto o non noto è indicato programmare l'indagine in presenza dell'anestesista/rianimatore.

Si rammenta che secondo le Linee guida di riferimento ESUR (10.0) la premedicazione non è raccomandata.

FUNZIONALITA' RENALE

E' nel periodo perioperatorio da trapianto di fegato? SÌ NO

E' sottoposto ad emodialisi? SÌ NO

CONDIZIONI PREDISPONENTI DANNO RENALE ACUTO DA MEZZO DI CONTRASTO

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> diabete mellito, indicare se viene assunta METFORMINA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> disfunzione renale <input type="checkbox"/> insufficienza renale cronica <input type="checkbox"/> nefropatie/proteinuria <input type="checkbox"/> mieloma e le altre paraproteinemie se associati a disidratazione, ad insufficienza renale, o ad ipercalcemia <input type="checkbox"/> prematurità <input type="checkbox"/> esposizione ad agenti nefrotossici <input type="checkbox"/> chirurgia maggiore | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> insufficienza renale acuta (episodi pregressi) <input type="checkbox"/> monorene o storia di chirurgia renale maggiore <input type="checkbox"/> condizioni ipovolemiche <input type="checkbox"/> sepsi <input type="checkbox"/> ventilazione meccanica |
|--|---|

IMPORTANTE: Nel Paziente ambulatoriale con pregressa reazione avversa grave al MdC e/o in caso di eGFR<30 ml/min e nel paziente pediatrico (0-18 anni) per esami che prevedono l'iniezione di mezzo di contrasto per via endovenosa il Servizio di Radiologia si riserva di valutare a priori il tipo di indagine e i relativi rischi connessi o riprogrammare l'esame per poter organizzare adeguati protocolli di premedicazione e/o valutazioni adeguate al caso.

PARTE A CARICO DELLA RADIOLOGIA

VALORE eGFR

_____ (mdrd)

_____ (CKD-EPI)

_____ (CG)

_____ (Schwartz)*

*Per i Minori (età inferiore a 18 anni) è necessario rivolgersi al pediatra/medico curante di riferimento per il calcolo del filtrato glomerulare stimato con formula di Schwartz. 7 giorni prima della somministrazione del Mdc in pazienti con patologie acute, con deterioramento acuto di patologie croniche, ospedalizzati, malattia renale cronica nota, pregressa AKI o chirurgia renale, dialisi, albuminuria, proteinuria, uso di metformina oppure entro 3 mesi prima della somministrazione del Mdc in tutti gli altri pazienti.

MDC SOMMINISTRATO

LOTTO

PREPARAZIONE PER ALTERATI VALORI DELLA CREATININA (eGFR<30 ml/min/1,73 m²)

Note _____

SÌ NO

REAZIONE AVVERSA AL MDC

SÌ NO

FARMACO SOMMINISTRATO

QUANTITA'

Note _____

ESAMI PRECEDENTI CONSEGNA TI:

- TC
- RM
- ECOGRAFIA
- RX

Note _____

Data/...../.....

Firma del Medico Specialista _____