



**PREPARAZIONE ESAME RADIOGRAFICO CON DI MEZZO DI CONTRASTO  
DA RIPORTARE COMPILATO DAL MEDICO CURANTE**

TC                       Urografia                       \_\_\_\_\_

Si richiede per il Sig. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Il seguente esame \_\_\_\_\_

**Note anamnestiche e quesiti clinici** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si ritiene che l'esame proposto debba essere eseguito in quanto di preminente importanza ai fini della definizione diagnostica.

Al fine di procedere all'esame richiesto, sulla scorta dei dati anamnestici in mio possesso, **escludo/confermo la presenza, nel paziente, delle patologie in elenco** (barrando si o no):

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. comprovato rischio allergico a contrasti iodati                                   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. forme di grave insufficienza epatica  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. forme di grave insufficienza renale   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 4. insufficienza cardiovascolare   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 5. diabete   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 6. paraproteinemia   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 7. asma bronchiale od altre allergie: quali _____                                    | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 8. segnalare eventuale trattamento in atto con i seguenti farmaci (cerchiare se si): |                             |                             |

Betabloccanti, biguanidi, interleukina2

**NB PER IL MEDICO CURANTE:**

**Se il paziente è diabetico e in terapia con Biguanidi (Metformina) e presenta valori alterati della funzionalità renale, la terapia ipoglicemizzante dovrà essere sospesa all'atto dell'esame e ripresa dopo 48 ore, previa nuova verifica di funzionalità renale.**

Se non fosse possibile escludere le forme morbose prima riportate, è necessario richiedere i seguenti esami:

Creatinemia (eGFR)

Il \_\_\_\_\_ Firma del medico curante \_\_\_\_\_

**SI RICORDA CHE PER L'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME E' NECESSARIO**

- **OSSERVARE IL DIGIUNO DALLA SERA PRECEDENTE**
- **PORTARE EVENTUALI ESAMI RADIOLOGICI E TAC PRECEDENTI**
- **PORTARE REFERTI ESAMI EMATICI**
- **IMPEGNATIVA DEL MEDICO CURANTE E TESSERA SANITARIA**



**SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**

DIRIGENTE: Dott. G. Superti

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME RADIOGRAFICO  
CON UTILIZZO DI MEZZO DI CONTRASTO ORGANO IODATO**

Il sottoscritto, a seguito del colloquio esplicativo durante il quale ha avuto la possibilità di porre domande e di ottenere gli opportuni chiarimenti, dichiara di essere stato informato dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimento, degli effetti collaterali e dei rischi che possono derivare dall'iniezione del mezzo di contrasto organo iodato, in particolare:

Le reazioni avverse al mezzo di contrasto attualmente non sono frequenti, possono essere lievi, medie, gravi. Le più frequenti sono:

- Lievi: nausea, sensazione di calore, eritema, etc.
- Medie: broncospasmo, ipo o ipertensione, crisi vagale, etc.
- Gravi: edema della glottide, grave crisi cardiocircolatoria:

Tutte queste forme patologiche possono essere trattate farmacologicamente.

In base alle informazioni ricevute, che ritiene comprensibili, il sottoscritto rilascia il consenso all'esecuzione dell'indagine richiesta.

Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_ Il Paziente\* \_\_\_\_\_

\* in caso di paziente minorenni il consenso deve essere rilasciato da chi esercita la patria potestà

**Preso atto dei dati clinico anamnestici riferiti dal medico curante ed assunti direttamente - tramite gli esami eventualmente richiesti - e viste le indicazioni cliniche proposte, si procede all'indagine richiesta.**

Il Radiologo \_\_\_\_\_  
(Timbro e firma)