

PRESIDIO DI MONZA
U.O. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI



**Istituti Clinici
Zucchi**
Gruppo San Donato

ESAMI RICHIESTI PER

1. TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA,
UROGRAFIA
2. RISONANZA MAGNETICA

Al medico Curante
del Signor/ra _____

Per essere sottoposto ad indagini con mezzo di contrasto

- IODATO NON IONICO (per 1: TC e Urografia)
oppure
 PARAGMAGNETICO/EPATOSPECIFICO (per 2: RM)

il Paziente da Lei cortesemente inviato necessita dei seguenti esami:

- CREATININEMIA

che dovranno essere portati il giorno dell'esecuzione dell'esame stesso.

PREPARAZIONE AGLI ESAMI DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA E UROGRAFIA (IN CUI SI UTILIZZA IL MEZZO DI CONTRASTO IODATO)

- Diggiuno da 5 ore
- I pazienti DIABETICI che fanno uso di METFORMINA con una velocità di filtrazione glomerulare (GFR) tra 30 e 44 ml/minuto (in caso di dubbio chiedete al Vostro Medico) devono sospendere il farmaco 48 ore prima dell'esame e riprenderne l'utilizzo 48 ore dopo l'esecuzione.

Cordiali saluti

Istituti Clinici Zucchi S.p.A.
Sistema di Gestione Integrato: SGQ - UNI EN ISO 9001:2015 e SGSSL - UNI ISO 45001:2018 certificati da Certiquality - Iqnet
Via Zucchi 24 - 20900 Monza (MB) | Tel. +39 039/8383.1 (20 linee) | dirgen.zucchi@grupposandonato.it | PEC: dirgen.zucchi@pec.grupposandonato.it
Reg. Imp. Monza e Brianza e C.F. 00854080157 - P.IVA 00897570968 - R.E.A. 51538 | Capitale sociale € 1.922.000 i.v.

PRESIDIO DI MONZA
Via Zucchi 24 - 20900 Monza (MB)
Tel. +39 039.83831 - Fax 039.364886

PRESIDIO DI CARATE BRIANZA
Piazza Madonnina 1 - 20841 Carate Brianza (MB)
Tel. +39 0362.9861 - Fax 0362.991438

POLIAMBULATORIO DI BRUGHERIO
Via Tre Re 37 - 20861 Brugherio (MB)
Tel. +39 039.884177 - Fax 039.884823



Istituti Clinici
Zucchi
Gruppo San Donato

**QUESTIONARIO PRELIMINARE PER
PRENOTAZIONE DI INDAGINI
RADIOLOGICHE CONTRASTOGRAFICHE
PER CLIENTI ESTERNI**

Mod. UMCCCRD_4257

REV. 002 DEL 28/09/2023

- Presidio di Monza
 Presidio di Carate Brianza

COGNOME e NOME (o etichetta)		U.O.
DATA DI NASCITA	SESSO	CC n°

INFORMATIVA

IL/LA PAZIENTE E' PREGATO/A DI LEGGERE E COMPILARE IL SEGUENTE QUESTIONARIO:

- Ha avuto una pregressa reazione allergica a seguito di un'indagine con mezzo di contrasto di Radiologia convenzionale, TAC o di Risonanza Magnetica?
- E' affetto/a da asma bronchiale e/o non controllato dalla terapia farmacologica?
- E' affetto/a da mastocitosi (malattia del sangue)?
- E' affetto/a da pregressa anafilassi idiopatica?
- E' persona con multiple allergie o con precedenti shock anafilattici?

Il/Le Pazienti che rispondono **POSITIVAMENTE** alle indicazioni sopracitate **DEVONO** recarsi presso il Servizio di Diagnostica per Immagini per un parere medico da parte dello/a Specialista Radiologo/a.

- Dichiaro di non essere affetto/a dalle patologie sopraindicate**

Data ____/____/____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di aver
COMPRESO IL QUESTIONARIO PER LA PRENOTAZIONE DELLE INDAGINI RADIOLOGICHE.

Data ____/____/____

Firma _____

**IL PRESENTE QUESTIONARIO
DEVE ESSERE RICONSEGNA TO FIRMATO
PRIMA DELL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME RADIOLOGICO**