

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)

- Digiuno 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 Certquality – 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 00697570968 – 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 Madonna 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

Presidio di Monza

Presidio di Carate Brianza

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

Mod. UMCCCRD_4257

REV. 001 DEL 17/10/2019

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

INFORMATIVA

IL PAZIENTE E' PREGATO 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 da asma bronchiale e/o non controllato dalla terapia farmacologica?
- E' affetto da mastocitosi (malattia del sangue)?
- E' affetto da pregressa anafilassi idiopatica?
- E' persona con multiple allergie o con precedenti shock anafilattici?

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

- Dichiaro di non essere affetto 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**