



IL GIORNO DELL'ESAME PORTARE:

- Impegnativa con quesito diagnostico e ricevuta dell'avvenuto pagamento ticket;
- Questionario clinico compilato e firmato dal Medico Curante (vedi pag. seguente)
- Tutte le indagini diagnostiche, previste per l'espletamento dell'esame contrastografico (vedi allegato A)
- Modulo di consenso informato alla somministrazione endovenosa del mezzo di contrasto (allegato B)
- **una bottiglia d'acqua (solo i pazienti che devono eseguire un esame tac dell' addome)**

Cognome e nome _____

Esame da svolgere _____

Il giorno _____ alle ore _____

Si raccomanda di:

- **Osservare un digiuno di almeno 8 ore;**
- **Non assumere quantità eccessive di acqua nelle 8 ore precedenti l'esame.**

La consegna degli esami eseguiti si effettua presso lo sportello dell'accettazione della Casa di cura "Trusso" il pomeriggio dalle ore 15,00 alle ore 19,00.

Il pagamento del ticket si effettua presso l'Ufficio ticket della Casa di Cura "Trusso"

QUESTIONARIO CLINICO

Caro Collega,

Preso atto delle considerazioni contenute nella nota del Ministero della Sanità del 17 settembre 1997 "Mezzi di contrasto organo-iodati per via iniettiva" sollecitiamo la Tua preziosa collaborazione nell'intento di semplificare la procedura di prenotazione e per limitare al massimo i rischi derivanti dalla somministrazione dei Mezzi di contrasto organo-iodati durante le procedure diagnostiche.

Avvalendoti della approfondita conoscenza delle condizioni fisiche e della clinica del paziente dovresti compilare il semplice questionario sottoesposto che consentirà allo specialista radiologo la precisa valutazione delle condizioni del paziente in relazione alla somministrazione del contrasto.



**PREPARAZIONE PER ESAMI CON MEZZO DI CONTRASTO
PEMDC**

REV 0 PEMDC

12/02/2010

pag. 2 di 4

A carico del Sig./ra _____

Di anni _____

Sono stati rilevati i sintomi, riscontri di laboratorio e strumentali che configurano:
(sbarrare con una croce la casella indicativa)

Insufficienza epatica grave	NO	SI
Insufficienza renale grave	NO	SI
Insufficienza cardiocircolatoria grave	NO	SI
Insufficienza miocardia grave	NO	SI
Mieloma multiplo	NO	SI
Ipertireosi	NO	SI
Ipersensibilità allo iodio	NO	SI
Intolleranze farmacologiche	NO	SI
Diatesi allergiche	NO	SI

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

CURANTE

Siamo sinceramente grati per la Tua indispensabile collaborazione

Qualora volesse contattarci per qualunque motivo potrai utilizzare i seguenti numeri telefonici:

081/3387552 - 081/3387559 – 081/3387111

ALLEGATO A.

I seguenti esami devono essere svolti prima di eseguire un'esame che prevede l'introduzione in vena di un mezzo di contrasto organo-iodato.

ESAMI STRUMENTALI:

- Radiografia del torace P.A. ed L.L.
- Elettrocardiogramma con visita cardiologica

ESAMI EMATOCHIMICI:

- AZOTEMIA
- CREATININEMIA
- GLICEMIA



- QPT
- EMOCROMO CON FORMULA E PIASTRINE
- TANSAMINASI
- BILIRUBINEMIA
- PROTEINA DI BENICE JONES
- URINE
- CPK
- LDH
- GGT
- VES

IN CASO DI PATOLOGIA TIROIDEA ESEGUIRE I SEGUENTI ESAMI:

- TSH
- FT3
- FT4

ALLEGATO B.

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DEL MEZZO DI
CONTRASTO**

Vi informiamo che in seguito ad una richiesta del Vostro medico sarete sottoposti all'esame:

_____ che deve essere preceduto dalla somministrazione in vena di M.d.C. iodato necessaria per il completamento dell'esame.

Essendo una sostanza estranea all'organismo ha una sua tossicità, peraltro bassa, su alcuni organi e può non essere tollerata da alcuni pazienti, specie se allergici, che possono andare incontro ad inconvenienti di vario tipo ed entità, il più delle volte di grado lieve ma, seppur raramente, gravi.

Il medico responsabile dell'esame è disposto a fornire al paziente, in maniera più dettagliata, delucidazioni in merito alle informazioni su indicate.

M.d.C. utilizzato: _____

Firma del Medico Radiologo

Firma dell'esecutore dell'esame TSRM



**PREPARAZIONE PER ESAMI CON MEZZO DI CONTRASTO
PEMDC**

REV 0 PEMDC

12/02/2010

pag. 4 di 4

Il/la

sottoscritto/a _____

Nato il _____

dichiara di essere stato informato, in maniera comprensibile ed esauriente, sulla necessita'
, sulla modalita' e sui rischi inerenti l'iniezione e.v. del m.d.c. iodato e di autorizzarne
l'espletamento.

Data _____

Firma Paziente

DICHIARAZIONE IN MERITO ALLO STATO DI GRAVIDANZA

Dichiaro di non essere in stato di gravidanza e di conoscere i rischi che potrebbero
derivare da un'irradiazione del feto.

Data _____ Firma Paziente _____