

## Allegato C

### **MODULO PER PROPOSTA DI INDAGINE CON MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO PER VIA INIETTIVA**

**(da compilare a cura del Medico Curante, barrando ove necessario)**

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

Il Sig. .... ha necessità di essere sottoposto a.....  
per la seguente indicazione: .....

All’esame clinico-anamnestico:

**NON RISULTA l’esistenza delle controindicazioni** previste dal Ministero della Salute di seguito elencate:

Paraproteinemia di Waldenstrom	SI	NO
Insufficienza epatica o renale grave	SI	NO
Insufficienza renale grave	SI	NO
Sofferenza del miocardio e/o insufficienza cardiocircolatoria	SI	NO
Ipertireosi	SI	NO
Ipersensibilità allo Iodio	SI	NO
Asma bronchiale	SI	NO
Dermatiti allergiche da contatto	SI	NO
Intolleranze farmacologiche	SI	NO
Allergia alimentare	SI	NO
Uso di droghe, farmaci biguanidi, interleukine 2	SI	NO

**NON RISULTA stato di gravidanza**

**Il paziente è stato informato dei rischi che l’indagine comporta.**

Data.....

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO CURANTE

Siamo sinceramente grati per la Sua indispensabile collaborazione

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

081/3387552 - 081/3387559 – 081/3387111