

**MODULO INTEGRATIVO PER IL CONSENSO INFORMATO IN PAZIENTI CON SINGOLA
PREGRESSA REAZIONE A MEZZO DI CONTRASTO****Io sottoscritto/a:**

Cognome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nato/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Prov. | | | |)

il | | | | / | | | | / | | | | | | |

a seguito del colloquio intercorso con il/la Dr./Dr.ssa:

Cognome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

In data | | | | / | | | | / | | | | | | |

dichiaro di essere stato esaurientemente informato/a riguardo:

la procedura farmacologica da seguire in caso di pregressa reazione avversa non grave al mezzo di contrasto.

dichiaro inoltre di aver compreso che:

- L'esame prescritto risulta essere insostituibile e fondamentale per il mio percorso diagnostico e terapeutico
- **la preparazione farmacologica non previene le reazioni gravi, ma ne riduce l'intensità**
- in caso di mancata assunzione dei farmaci previsti l'esame non verrà effettuato.

Milano, li | | | | / | | | | / | | | | | | |

Firma dell'interessato o del tutore legale

Timbro e firma del Medico prescrittore

1. PAZIENTI CON PREGRESSE REAZIONI ALLERGICHE A MEZZO DI CONTRASTO

1.A – MEZZO DI CONTRASTO NOTO

Effettuare il cambio di molecola.

Se reazioni gravi: eseguire premedicazione (vedi schemi sotto per esame in elezione/urgenza).

1.B – MEZZO DI CONTRASTO NON NOTO, ESAME IN ELEZIONE

- PER OS: prednisone 50 mg per os (*oppure* metilprednisolone 32 mg per os), 13-7-1 h prima + cetirizina 10 mg per os, 1 h prima dell'esame

- PER E.V.: metilprednisolone 40 mg e.v., 13-7-1 h prima + clorfenamina 10 mg e.v. in fisiologica 100 ml, 1 h prima dell'esame

1.C – MEZZO DI CONTRASTO NON NOTO, ESAME IN URGENZA

- idrocortisone 200 mg e.v. + clorfenamina 10 mg e.v. in fisiologica 100 ml, subito prima dell'esame

2. PAZIENTI CON FATTORI DI RISCHIO DI REAZIONE ALLERGICA: orticaria/angioedema in atto/cronici/ricorrenti, asma bronchiale sintomatica, mastocitosi, anafilassi idiopatica

2.A – ESAME IN ELEZIONE

- PER OS: prednisone 50 mg per os (*oppure* metilprednisolone 32 mg per os), 12-2 h prima + cetirizina 10 mg per os, 1 h prima

- PER E.V.: metilprednisolone 40 mg e.v. + clorfenamina 10 mg e.v. in fisiologica 100 ml, 1 h prima

2.B – ESAME IN URGENZA

- idrocortisone 200 mg e.v. + clorfenamina 10 mg e.v. in fisiologica 100 ml, subito prima dell'esame

Per i soggetti senza protezione gastrica, si raccomanda un Inibitore di Pompa Protonica per tutta la durata del trattamento preventivo.

I pazienti ambulatoriali devono rivolgersi al medico richiedente l'esame contrasto grafico per la prescrizione dei farmaci sopra elencati e la valutazione dell'applicabilità nel singolo paziente.