



SEZIONE RISERVATA AL MEDICO PRESCRITTORE

Nell'inviare il paziente che deve effettuare TAC con mezzo di contrasto, si dichiara di aver verificato la presenza del referto di **creatinina** (non antecedente i tre mesi) e di averne contestualmente valutato i risultati al fine di fornire l'idoneità all'esecuzione della sopracitata indagine diagnostica

**Note anamnestiche rilevanti**

Gravidanza in atto    sì     no

data ultime mestruazioni |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

*(informazione obbligatoria per donne in età fertile)*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ipertensione               | <input type="checkbox"/> Allattamento al seno in atto                            |
| <input type="checkbox"/> Insufficienza renale grave | <input type="checkbox"/> Ipertiroidismo  |
| <input type="checkbox"/> Iperuricemia               | <input type="checkbox"/> Cardiopatia (IV classe NYHA)                            |
| <input type="checkbox"/> Diabete mellito            | <input type="checkbox"/> Insufficienza epatica grave                             |
| <input type="checkbox"/> Asma bronchiale            | <input type="checkbox"/> Policitemia   |
| <input type="checkbox"/> Morbo di Waldenstrom       | <input type="checkbox"/> Recente assunzione di farmaci nefrotossici              |
| <input type="checkbox"/> Mieloma                    | <input type="checkbox"/> Recente (< 5 gg) esame con mezzo di contrasto iodato ev |
| <input type="checkbox"/> Mastocitosi                | <input type="checkbox"/> Anemia  |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____ |  |

**Farmaci in uso**

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Betabloccanti  | <input type="checkbox"/> Biguanidi |
| <input type="checkbox"/> Interleukina 2 | <input type="checkbox"/> FANS      |
| <input type="checkbox"/> Altro _____    |                                    |

**Allergie**

- Farmaci (specificare): \_\_\_\_\_
- Lattice \_\_\_\_\_
- Altro (specificare): \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico prescrittore \_\_\_\_\_

**PREPARAZIONE ALLA PROCEDURA DIAGNOSTICA E RACCOMANDAZIONI**

E' necessario eseguire un **diggiuno completo** a partire da 4-6 ore prima dell'esame.

**Se si assumono terapie farmacologiche:**

- **i pazienti diabetici che assumono Metformina** (es. Metformal, Glucophage, Metformin, ...) devono sospendere l'assunzione 48 ore prima dell'esame dopo aver consultato il medico curante o lo specialista che provvederà a sostituirlo con un altro prodotto antidiabetico. L'assunzione di Metformina potrà avvenire dopo almeno 48 ore dall'esame;
- **i pazienti con insufficienza renale** anche lieve, devono evitare l'assunzione, nelle 24 ore precedenti l'esame, di farmaci nefrotossici (FANS, antibiotici aminoglicosidi, beta-bloccanti);
- tutti gli altri farmaci devono essere assunti come d'abitudine