



Azienda Sanitaria Locale Br

Via Napoli, 8 - BRINDISI

Presidio Ospedaliero di FRANCAVILLA FONTANA - CEGLIE M.CA

Stabilimento Ospedaliero di FRANCAVILLA FONTANA

UNITÀ OPERATIVA DI RADIOLOGIA

MODULO PER RICHIESTA DI ESAME CON M.D.C. ORGANO-IODATO PER VIA INIETTIVA

(ai sensi della nota dem M.d.S. del 17/09/1997 - deliberazione n° 87 del 05/08/2004 A.Re.S. Puglia)

Cognome _____ Nome _____ nato/a _____ il _____

Ricoverato/a c/o U.O. _____ cartella n° _____ ambulatoriale _____

medico curante _____ recapito telefonico _____

quesito clinico _____

indagine proposta _____

Per la corretta valutazione clinico-anamnestica è indispensabile conoscere i dati relativi a:

Comprovato rischio allergico a contrasti organo-iodati o ad altre sostanze SI NO

Insufficienza epatica grave SI NO

Insufficienza renale grave SI NO

Insufficienza cardio-vascolare grave SI NO

Anamnesi per mieloma SI NO

Diabete SI NO

Trattamento in atto con farmaci (beta-bloccanti, metformina, biguanidi, interleukina) SI NO

Assunzione di alcool, droghe SI NO

Data _____ Firma del medico richiedente l'esame curante/ospedaliero _____

Preso atto delle informazioni assunte direttamente dal paziente, dei dati clinico-anamnestici raccolti dal medico curante, del quesito clinico e dell'indagine proposta, si ritiene di procedere all'esame

di procedere ad ulteriori accertamenti

Data _____ Firma del medico radiologo _____

N.B. - La consultazione preventiva con l'anestesista è opportuna nei pazienti a rischio (comprovato rischio allergico, grave forma di insufficienza epatica o renale o cardiovascolare, paraproteinemia di Waldenstrom o mieloma multiplo).

Consultazione preventiva con l'Anestesista effettuata SI NO

Prescrizioni eventuali dell'anestesista _____

Data _____ Firma del medico anestesista _____

CONSENSO INFORMATO

informato dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimento e delle eventuali complicanze e rischi connessi con l'esecuzione dell'indagine _____ il paziente, ampiamente soddisfatto delle informazioni e dei chiarimenti ricevuti dal prof./dott. _____ dichiara di acconsentire allo svolgimento della stessa.

Data _____ Firma del paziente o del titolare del consenso _____

Data _____ Firma del medico radiologo _____



AZIENDA SANITARIA LOCALE BR
Presidio Ospedaliero Unico di Francavilla Fontana – Ceglie Messapica
Unità Operativa Complessa di Radiodiagnostica
Direttore Dott.ssa Cosima SOZZI
Tel 0831/851281 - Fax: 0831/851399

ANALISI DEL SANGUE RICHIESTE PER
ESECUZIONE ESAMI CON MEZZO DI CONTRASTO

- EMOCROMO
- AZOTEMIA
- TRANSAMINASI
- ELETTROFORESI
- CREATININA+BILIRUBINA

Inoltre :

- ELETTROCARDIOGRAMMA



AZIENDA SANITARIA LOCALE BR
Stabilimento ospedaliero di Francavilla Fontana
U.O.C. di Radiologia
DirETTORE Dott.ssa Cosima SOZZI
Tel 0831.851281/851282 fax 0831.851399

FARMACI DA SOSPENDERE PRIMA DELL'ESECUZIONE DI ESAMI CON MEZZO DI CONTRASTO

IN VIA PRECAUZIONALE E COMPATIBILMENTE CON LA
SITUAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE E' OPPORTUNO
SOSPENDERE, ALMENO 48 ORE PRIMA DELL'ESAME:

- *DIURETICI*
- *ANTIBIOTICI NEFROTOSSICI (GENTAMICINA,
KANAMICINA, AMICACINA, ecc,)*
- *FANS*
- *METFORMINA NEI PAZIENTI DIABETICI*
- *BETA - BLOCCANTI*

LE SUDDETTE SOSPENSIONI VANNO GESTITE DAL
MEDICO RICHIEDENTE L'ESAME.

E' INOLTRE OPPORTUNO PROCEDERE CON UNA BUONA
IDRATAZIONE PER OS SIA PRIMA DELL'ESAME, CHE DOPO
L'ESAME, PER 24 ORE.



AZIENDA SANITARIA LOCALE BR
Presidio Ospedaliero Unico di Francavilla Fontana – Ceglie Messapica
Unità Operativa di Radiologia
Direttore: Dott.ssa Cosima Sozzi
Tel: 0831/851281 Fax: 0831/851259

SCHEMA DI PREPARAZIONE ANTIALLERGICA PER ESAMI CON M.D.C. E.V.

Paziente digiuno da 6 ore, prima dell'esame

- FLANTADIN 6 mg 1 compressa il giorno precedente l'esame;
- AYRINAL 20 mg 1 compressa al mattino e alla sera del giorno precedente l'esame;
- ZANTAC 150 mg 1 compressa la sera del giorno precedente l'esame;
- FLANTADIN 6 mg 1 compressa al mattino del giorno dell'esame.
- AYRINAL 20 mg 1 compressa al mattino del giorno dell'esame.

N.B. : MODIFICARE IL TRATTAMENTO IN PRESENZA DI DIABETE.