

DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE/SPECIALISTA

NOME E COGNOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

PESO (KG) _____ SESSO M F

QUESITO CLINICO _____

INDAGINE CONTRASTOGRAFICA RICHIESTA _____

PER UNA CORRETTA VALUTAZIONE CLINICO-ANAMNESTICA È INDISPENSABILE CONOSCERE DATI RELATIVI A:

FUNZIONE RENALE: eGFR = _____ mL/min e/o creatinemia _____ mg/dl (eseguito in data _____)

FUNZIONE RENALE DA VALUTARE ENTRO 3 MESI NEL PAZIENTE AMBULATORIALE STABILE, ENTRO 7 GIORNI NEL PAZIENTE INSTABILE E/O OSPEDALIZZATO.

L'eGFR È CALCOLABILE CON FORMULA DEDICATA DISPONIBILE ON LINE, QUALE AD ESEMPIO LA FORMULA CKD-EPI (APPLICAZIONE eGFR CALCULATORS OF NATIONAL KIDNEY FOUNDATION PER iOS E ANDROID).

TERAPIA CON METFORMINA: SI (SE eGFR <30 mL/min SOSPENDERE IL FARMACO) NO

PRECEDENTI REAZIONI AVVERSE A MDC IODATO:
SI NO

SE SI INDICARE:

REAZIONE ACUTA (ENTRO POCHE ORE) REAZIONE RITARDATA (>6 ORE ED ENTRO UNA SETTIMANA)

DESCRIZIONE DEI SINTOMI _____

NOME DEL MDC E DATA DELL'ESAME _____

CONDIZIONI DEL PAZIENTE CHE AUMENTANO IL RISCHIO DI REAZIONE ALLERGICA A MDC:

MASTOCITOSI SISTEMICA SI NO

ORTICARIA/ANGIOEDEMA CRONICA NON CONTROLLATA DA TERAPIA SI NO

ANGIOEDEMA RICORRENTE SI NO

PREGRESSA ANAFILASSI IDIOPATICA SI NO

ASMA BRONCHIALE INSTABILE, NON CONTROLLATO DA TERAPIA
(EV. VALUTAZIONE MEDIANTE TEST DI CONTROLLO DELL'ASMA) SI NO

DATA

MEDICO CURANTE/PRESCRIVENTE
TIMBRO E FIRMA

MEDICO RADIOLOGO
PER PRESA VISIONE