



Data _____

Al Medico proponente l'Esame Radiologico con mdc organo iodato

Egr. Collega,

al fine di poter ridurre i rischi legati alla somministrazione e.v. di mdc è opportuno che si disponga delle notizie anamnestiche richieste in questo modulo.

Quanto sopra, anche a conferma dell'avvenuto scambio tra medico curante e medico radiologo delle notizie anamnestiche previste dalla Nota Ministeriale (Nota San.17.09.97).

A disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

Cognome e Nome _____ nato a _____ il _____
Residente a _____ via _____ tel. _____

ESAME RICHIESTO _____

INDICAZIONI _____

per procedere all'esame con mezzo di contrasto iodato, sono annotate le seguenti valutazioni clinico-anamnestiche:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| • comprovato rischio allergico a contrasto iodato o altre sostanze * | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • forme di grave insufficienza epatica o renale o cardiovascolare * | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • diabete, paraproteinemie, ipertiroidismo * | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • trattamento in atto con farmaci: β -bloccanti, biguanidi, interleukina 2 * | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • uso di alcool, droghe, * _____ | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

*** se si sottolineare o indicare quali**

Timbro e firma _____
del medico curante _____ telefono _____