



## SCDU RADIODIAGNOSTICA

Direttore Prof. Alessandro CARRIERO

Segreteria: 0321 / 373.3425 – 3733904 - 3733908 Fax 0321 / 3733982

E-Mail: [accettazione.radiologia@maggioreosp.novara.it](mailto:accettazione.radiologia@maggioreosp.novara.it)

### R\_RX\_8-001-11 QUESTIONARIO MEZZO DI CONTRASTO TC (MEDICO PRESCRIVENTE)

(D.D. 21/01/2021 n° 71 – Regione Piemonte)

COGNOME e NOME del PAZIENTE \_\_\_\_\_

DATA e LUOGO di NASCITA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO e LUOGO di RESIDENZA \_\_\_\_\_

Il “questionario mezzo di contrasto” ha lo scopo di accertare l’assenza di controindicazioni all’esame o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi e deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Responsabile della Prestazione Diagnostica, il quale, in relazione alle risposte fornite dal Medico che richiede l’esame, può concludere che non sussistano controindicazioni all’esame TC. La controfirma del paziente o del tutore legale (in caso di minore) a piè della medesima pagina, in calce alla formula del questionario, garantisce, fra le altre, anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte falsi o mendaci ai quesiti sottoposti.

#### **Spazio da compilarsi da parte del Medico prescrivente** **(la mancata compilazione del questionario preclude l’effettuazione dell’esame)**

- comprovata allergia ai mezzi di contrasto iodati (se noto, quale.....)  SI  NO
- asma bronchiale fuori controllo clinico/farmacologico  SI  NO
- orticaria in atto  SI  NO
- angioedema ricorrente  SI  NO
- mastocitosi  SI  NO
- stato di gravidanza (possibile o accertata)  SI  NO
- assunzione di metformina\*  SI  NO
- funzionalità dei reni: creatininemia ..... e-GFR ..... del.....

(dosaggio eseguito nei 3 mesi precedenti; nella settimana precedente in caso di patologia acuta o di evento esterno che possa aver influenzato negativamente la funzionalità renale)

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRIVENTE \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Nel caso in cui nel questionario dovesse riportare un valore di e-GFR<30, si prega di contattare a mezzo mail** ([accettazione.radiologia@maggioreosp.novara.it](mailto:accettazione.radiologia@maggioreosp.novara.it)) il Servizio di Radiologia presso cui sarà eseguito l’esame non appena ottenuta la data dell’appuntamento, onde poter mettere in atto adeguati provvedimenti.

**Nel caso in cui nel questionario dovesse rispondere “sì” una o più volte alle prime cinque voci dovrà sottoporsi a preparazione antiallergica come da protocollo aziendale (scaricabile nella sezione modulistica dell’area sanitaria Radiodiagnostica del sito dell’Ospedale Maggiore della Carità).**

**Gli utenti da sottoporre a preparazione antiallergica devono essere accompagnati** e dopo l’effettuazione dell’esame non possono mettersi alla guida di alcun veicolo.

\*Pazienti **con eGFR > 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>** e senza segni di danno renale acuto, in cui il mezzo di contrasto viene iniettato per via venosa o per via arteriosa **possono continuare ad assumere metformina** normalmente.

Pazienti **con eGFR < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>** in cui il mezzo di contrasto viene somministrato per via venosa o per via



arteriosa, **devono interrompere l'assunzione di metformina** dal momento dell'esame contrastografico e riprenderla 48 ore dopo avendo valutato il eGFR e se la funzionalità renale non si è deteriorata.

**PREMEDICAZIONE (PAZIENTI RICOVERATI)**

Dichiaro di aver somministrato al paziente la premedicazione  antiallergica  nefroprotettiva

FIRMA DEL MEDICO Responsabile dell'esecuzione della premedicazione: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

=====

**se il paziente non è in grado di firmare autonomamente o abbia precedentemente delegato altro soggetto**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( )

Residente in \_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_ N.° \_\_\_\_\_

in qualità di:  **Tutore / Curatore Speciale / Amministratore di sostegno del paziente** (siglare la voce interessata)  
 **Persona di fiducia / fiduciario nominato nelle DAT del paziente**

FIRMA \_\_\_\_\_

**Continua sul RETRO**

=====

**Rispetto al minore suddetto, in qualità di:**

**Padre**  **Madre**  **Tutore/Curatore Speciale/Amministratore di sostegno**

Esercente/i LA RESPONSABILITA' GENITORIALE (\*):  **CONGIUNTA**  **ESCLUSIVA** (\* barrare la voce interessata)

FIRMA \_\_\_\_\_

=====

**[barrare se il mediatore non è stato interpellato]**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di mediatore culturale aziendale, attesto di aver tradotto fedelmente sia il contenuto delle informazioni generali che tutto ciò che il medico ha comunicato in data odierna al/alla paziente.

In fede \_\_\_\_\_ (firma mediatore culturale)

=====

**IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME TC**

preso atto delle risposte fornite dal medico di base che ha in cura il paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

**AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE TC**

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame TC \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Redatto: Medici Radiologi	Verificato e Approvato: Direttore SC Radiodiagnostica Prof. A. Carriero	Data emissione: Novara, 03/08/2020	Stato documento: Rev. 2 - 2023
R_RX_8-001-11 Questionario MDC TC 230808.doc			Pag. 2 di 2