

**MODULO PER RICHIESTA DI ESAME TAC CON M.D.C. ORGANO IODATO PER VIA INIETTIVA**  
(AI SENSI DELLA NOTA DEL M.D.S. DEL 17.09.1997)

PAZIENTE: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_ sesso  M  F  
Medico curante \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_  
Quesito clinico \_\_\_\_\_  
Indagine proposta \_\_\_\_\_

Prima indagine  - Stadiazione  - Follow-up

**IL TIPO DI ESAME NECESSITA DELLA VISIONE DI ESAMI PRECEDENTI O CARTELLA CLINICA DEL PAZIENTE**

	SI	NO
- Assunzione di alcool o droghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Comprovato rischi allergico a contrasti organo-iodati o altre sostanze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Insufficienza cardio-vascolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Insufficienza renale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mieloma multiplo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Trattamento in atto con farmaci quali: beta bloccanti-biguanidi-interleukina Ace-inibitori infiammatori non steroidei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**N.B. ALLEGARE SEMPRE: clearance creatinina, creatinine mia, azotemia, elettroforesi siero proteica, elettrocardiogramma o visita cardiologica.**

Si richiede pertanto di rispondere ai seguenti quesiti:

Trattasi di paziente a rischio    
se SI per quale motivo clinico? \_\_\_\_\_

Evitare assunzione di fans, ace inibitori-metformina il giorno dell'esame.

Metformina se i valori sono elevati utilizzare insulina.

Iniziare Metformina dopo idratazione adeguata ed eventuale controllo della funzionalità renale-

Il giorno dell'esame evitare: frutta, verdura, latte e derivati e presentarsi a digiuno da almeno 6 ORE.

**N.B. Nel caso si tratti di Pazienti con diatesi allergica si raccomanda la seguente preparazione farmacologica il giorno precedente l'esame:**

**13 ore prima Prednisone 25mg 2 compresse**  
**Ranitidina 300mg 1 compressa**  
**7 ore prima Prednisone 25mg 2 compresse**  
**Ranitidina 300mg 1 compressa**

**1 ora prima Prednisone 25mg 2 compresse**  
**Ranitidina 300mg 1 compressa**  
**Cetirizina 10mg o Loratadina 10mg 1 compressa**

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver effettuato la terapia desensibilizzante sopra indicata SI  NO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PAZIENTE (dei genitori/Tutore/Legale  
Rappresentante)

\_\_\_\_\_  
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

Preso atto delle informazioni direttamente dal Paziente, dei dati clinico anamnestici raccolti del medico curante del quesito clinico e dell'indagine proposta, si

RITIENE  NON SI RITIENE

di procedere all'esame \_\_\_\_\_ con il m.d.c. \_\_\_\_\_

di procedere ad ulteriori accertamenti \_\_\_\_\_

**N.B. La consulenza preventiva con l'Anestesista è opportuna nei pazienti a rischio (comprovato rischio allergico, gravi forme di insufficienza epatica o renale o cardiovascolare, paraproteinemia di Waldenstrom o mieloma multiplo). T.P. con Metformina.**

Consulenza preventiva con l'Anestesista

SI  NO

Prescrizioni eventuali dell'Anestesista \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
TIMBRO E FIRMA DELL'ANESTESISTA

### CONSENSO INFORMATO

Informato dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimento e delle eventuali complicanze 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.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PAZIENTE (dei genitori/Tutore/Legale Rappresentante)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO

### Regolamento UE 216/679 GDPR – Consenso alla raccolta e gestione dei dati personali

#### Informativa breve.

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), la informiamo che i Suoi dati personali, da Lei liberamente conferiti, saranno trattati da CDA S.r.l., Titolare del trattamento per le finalità necessarie, connesse e/o strumentali all'erogazione delle prestazioni sanitarie da Lei richieste. L'informativa completa sul trattamento dei dati è resa disponibile nella sede del trattamento o tramite il link [www.cdastudioradiologico.it/informativa](http://www.cdastudioradiologico.it/informativa). Nella Sua qualità di interessato, ha i diritti ove applicabili di cui dagli artt. da 15 a 22 Regolamento UE 2016/679 e precisamente: diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto all'oblio, diritto di limitazione di trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione, nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante. Per esercitare tali diritti può rivolgersi al Titolare del trattamento scrivendo a **STUDIO RADIOLOGICO C.D.A DIAGNOSTICA PER IMMAGINI srl** con sede operativa in Via Roma, 2/A – 72015 Fasano(BR), o tramite pec all'indirizzo [cda@cdastudioradiologico.it](mailto:cda@cdastudioradiologico.it)