



QUESTIONARIO PRELIMINARE PER L'ESECUZIONE DI ESAMI CON MEZZI DI CONTRASTO (MDC) A BASE DI IODIO

Cognome..... Nome..... Data di nascita.....
(*nel caso in cui l'esame venga prescritto ad un paziente ricoverato, il questionario deve essere compilato dal medico che ha in cura il paziente e che propone l'esame)

Al fine di un corretto svolgimento dell'accertamento Le poniamo i seguenti quesiti:

		SI	NO
1	E' in stato di gravidanza?		
2	Ha già eseguito esami con mdc a base di iodio?		
3	Gli esami con mdc a base di iodio le hanno causato reazioni cutanee o malesseri di altro tipo?		
4	Ha una storia di allergie per cui ha bisogno di un trattamento farmacologico?		
5	Ha un ipertiroidismo che non è controllato dalla terapia?		
6	Ha una patologia renale o una storia di insufficienza renale?		
7	E' affetto da diabete?		
8	Sta assumendo METFORMINA per il trattamento del diabete?		
9	E' affetto da mieloma multiplo?		
10	E' affetto da feocromocitoma o paraganglioma?		
11	Sta assumendo INTERLEUCHINA?		
12	E' affetto da favismo? Deficit di G6PD		

Per escludere altre contro-indicazioni si richiedono i seguenti esami di laboratorio,

GLICEMIA-CREATINEMIA

Gli esami vengono considerati validi se eseguiti in un periodo inferiore ai tre mesi dalla data stabilita per l'esecuzione dell'accertamento.

E' necessario digiuno da 6 ore

**SE HA RISPOSTO SI ANCHE A SOLO UNA DELLE DOMANDE SOPRA ELENCATE,
CONTATTARE LA SEGRETERIA**

Data, .../.../...

FIRMA DEL *MEDICO RICHIEDENTE /FIRMA DEL PAZIENTE/PARENTE/TUTORE

.....