



RAIOLOGIA GENERALE  
DIGITALE RISONANZA  
MAGNETICA APERTA TC  
MULTISTRATO  
TC CONE BEAM  
MAMMOGRAFIA 3D  
(TOMOSINTESI)  
OPT - TELECRADIO

DENSITOMETRIA OSSEA DEXA  
DENSITOMETRIA OSSEA CON TC  
ECOGRAFIA INTERNASTICA  
(FIBROSCAN)  
ECOCOLOR DOPPLER  
ECOGRAFIA MUSCOLO-  
SCHELETRICA  
Mod. 04 Rev. 01/2019

**DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**

Direttore: Dott. DANIELE ORLANDO

Via Roma, 2 – FASANO (BR) – Tel. 080 4393531 – Fax 080 4424733 – e-mail: info@cdastudioradiologico.it

**MODULO PER RICHIESTA DI ESAME CON M.D.C. ORGANO IODATO PER VIA INIETTIVA**

( AI SENSI DELLA NOTA DEL M.D.S, DEL 17.09,1997)

Cognome ..... Nome .....

Nato/a a ..... il .....

Medico curante ..... Recapito telefonico .....

Quesito clinico .....

Indagine proposta .....

Prima indagine ( )                      Stadiazione ( )                      Follow-up ( )

**È indispensabile, per lo Specialista Radiologo e l'Anestesista, visionare eventuali analoghi esami precedenti ed essere informato sugli elementi anamnestici e clinici del paziente ed in particolare nei casi riguardanti:**

	SI	NO
- Assunzione di alcool o droghe	( )	( )
- Comprovato rischio allergico a contrasti organo-iodati o altre sostanze	( )	( )
- Insufficienza cardio-vascolare	( )	( )
- Insufficienza renale	( )	( )
- Mieloma multiplo	( )	( )
- Trattamento in atto con farmaci quali: beta bloccanti-biguanidi-interleukina	( )	( )
Ace-inibitori infiammatori non steroidei	( )	( )

**N.B. ALLEGARE SEMPRE:**

clearance creatinina, creatininemia, azotemia, elettroforesi sieroproteica, elettrocardiogramma o visita cardiologica.

Si richiede pertanto di rispondere ai seguenti quesiti:

Trattasi di paziente a rischio                      (SI)                      (NO)

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  
**7 ore prima** Prednisone 25mg 2 compresse

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

Il sottoscritto dichiara di aver effettuato la terapia desensibilizzante sopra indicata (SI) (NO)

**IL PAZIENTE**

(firma leggibile)

**MEDICO CURANTE**

(timbro e firma)

Preso atto delle informazioni direttamente dal Paziente, dei dati clinico anamnestici raccolti dal 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 consultazione preventiva con l'Anestesista è opportuna nei pazienti a rischio (comprovato rischio allergico, gravi forme di insufficienza epatica o renale o cardiovascolare, paraprotinemia di Waldenstrom o mieloma multiplo). T.P. con Metformina.

Consultazione preventiva con l'Anestesista (SI) (NO)

Prescrizioni eventuali dell'Anestesista .....

**Firma dell'Anestesista**

\*\*\*\*\*

### **CONSENSO INFORMATO**

Informato dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimento e delle eventuali complicanze connesse 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 o del titolare del consenso** ..

**Firma del Medico Radiologo**