



DICHIARAZIONE ANAMNESTICA PER L'USO DEI MEZZI DI CONTRASTO TC/RM

Il Sig./ra _____ Data di nascita _____

Non presenta i seguenti particolari anamnestici

- precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzo di contrasto
- altre precedenti reazioni allergiche
- presenza di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio-grave in seguito ad introduzione di mezzo di contrasto.
- grave insufficienza epatica
- paraproteinemia di Waldentrom
- mieloma multiplo
- ipersensibilità specifica allo iodio
- sindromi allergiche
- eventuale gravidanza

Presenta i seguenti particolari anamnestici

-precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzi di contrasto SI NO

-altre precedenti reazioni allergiche : _____

-presenza di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione dei mezzi di contrasto : SI NO

- grave insufficienza epatica SI NO
- grave insufficienza renale SI NO
- grave insufficienza cardiaca SI NO
- paraproteinemia di Waldentrom SI NO
- mieloma multiplo SI NO
- diabete SI NO
- assume farmaci biguanidi SI NO
- assume interleukine SI NO
- assume β -bloccanti SI NO

Eventuali indagini eseguite : SI NO

Eventuali notizie anamnestiche aggiuntive rispetto alla diagnosi o quesito clinico di cui alla richiesta su modello regionale

L'assistito è stato informato che :

1) all'atto dell'esecuzione dell'indagine, se effettuata con mezzo di contrasto, verrà acquisito il consenso scritto.

2) l'iniezione del mezzo di contrasto va sempre effettuata in condizioni di buona idratazione, per cui le norme relative al digiuno non riguardano l'assunzione di acqua e l'assunzione di terapie abituali.

Bologna _____

Firma del Medico Proponente o del Medico Generale _____

Firma dell'Assistito _____

Firma del Medico Radiologo _____