

**Dati del paziente:**

Cognome : \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: E' INDISPENSABILE SAPERE SE**

|  |  |                              |
|--|--|------------------------------|
| E' ALLERGICO O HA AVUTO PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE AL <b>MEZZO DI CONTRASTO</b> ?            | <input type="checkbox"/> SI                  | <input type="checkbox"/> NO  |
| SE HA RISPOSTO <b>SI</b> , PER QUALE ESAME HA AVUTO UNAREAZIONE ALLERGICA AL MEZZO DI CONTRASTO? | <input type="checkbox"/> RX                  | <input type="checkbox"/> TAC |
|  | <input type="checkbox"/> RISONANZA MAGNETICA |                              |
| SOFFRE DI <b>DIABETE</b> ?   | <input type="checkbox"/> SI                  | <input type="checkbox"/> NO  |
| E' AFFETTO DA INSUFFICIENZA <b>RENALE</b> ?  | <input type="checkbox"/> SI                  | <input type="checkbox"/> NO  |

**IMPORTANTE: IN CASO DI PAZIENTI CHE HANNO PRECEDENTEMENTE MANIFESTATO REAZIONI ALLERGICHE AL MEZZO DI CONTRASTO O AL LATTICE, SI PREGA DI CONTATTARE TEMPESTIVAMENTE IL PERSONALE MEDICO DELLA STRUTTURA.**

Manifestazioni allergiche SI ☐ Quali? \_\_\_\_\_  
NO ☐

Presenza di rilievi anamnestici di natura allergica:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Precedenti reazioni di tipo anafilattico | <input type="checkbox"/> Asma bronchiale – riniti allergiche |
| <input type="checkbox"/> Dermatiti allergiche da contatto         | <input type="checkbox"/> Reazione a farmaci                  |
| <input type="checkbox"/> Allergia alimentare                      | <input type="checkbox"/> Uso di betabloccanti                |
| <input type="checkbox"/> Lattice                                  | <input type="checkbox"/> Altro _____                         |

Risulta in stato di gravidanza SI ☐ NO ☐

**FIRMA LEGGIBILE DEL PAZIENTE  
O DI CHI NE HA LA TUTELA**  
(specificare l'eventuale grado di parentela)

Data \_\_\_\_\_

**PROFILASSI ANTIALLERGICA CONSIGLIATA:**  
(in presenza di uno o più fattori di rischio)

**GIORNO DELL'ESAME \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_**

- 12ore prima dell'esame assumere **2 compresse** di PREDNISONONE da 25 mg;(es:DELTACORTENE)
- 2 ore prima dell'esame assumere **2 compresse** di PREDNISONONE da 25 mg;(es:DELTACORTENE)
- Astenersi dall'assunzione di alimenti a partire da **5 ore** prima dell'esame.
- 1 ora prima dell'esame assumere **1 compressa** di ANTISTAMINICO (es: Cetirizina)

**Avvertenze: Possibili effetti indesiderati:**

- alterazioni del bilancio idro-elettrolitico;
- alterazioni muscolo scheletriche, quali osteoporosi, fragilità ossea, miopatie;
- complicazioni a carico dell'apparato gastro-intestinale, che possono arrivare fino alla comparsa o all'attivazione di ulcera peptica;
- alterazioni cutanee, quali ritardi nei processi di cicatrizzazione, assottigliamento e fragilità della cute;

**IL PRESENTE MODULO VA CONSEGNATO IL GIORNO DELL'ESAME COMPILATO IN OGNI SUA PARTE**  
Ricerche Radiologiche S.r.l. Via Pier Luigi da Palestrina, 1 Molfetta - Tel. 080 335 87 11

|  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| Ricerche<br>Radiologiche S.r.l.<br>Rev.07 del 01.06.2021 | <b>TRATTAMENTO DESENSIBILIZZANTE PER LA<br/>SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO</b> | <b>RQ L03 A</b><br><b>Pag 2 di 2</b> |
|--|---|--------------------------------------|

- alterazioni neurologiche quali vertigini, cefalea e aumento della pressione endocranica;
- interferenza con la funzionalità dell'asse ipofisi-surrene ;
- complicazioni di natura oculistica quali cataratta posteriore sub capsulare ed aumentata pressione endoculare;
- negativizzazione del bilancio dell'azoto.

Ai pazienti con anamnesi positiva per patologia gastrica si suggerisce di assumere un protettore gastrico: OMEPRAZOLO.

**NB** :Tutte le preparazioni prevedono l'uso di medicinali, pertanto è necessario consultare il proprio medico di famiglia prima di assumere qualsiasi farmaco

**Nota per il Medico Curante**

La prestazione radiologica richiesta per il suo assistito prevede l'impiego di mezzo di contrasto. Per i soggetti a rischio potenziale di reazioni avverse è stato messo a punto un protocollo di preparazione farmacologica, nell'intento di ridurre l'insorgenza. La invitiamo a verificare l'eventuale presenza di rilievi anamnestici di natura allergica e a valutare l'idoneità del trattamento proposto.

Qualora il Suo Medico Curante non ritenga idonea la profilassi antiallergica proposta, La preghiamo di contattare o far contattare il personale Medico della struttura.

E' consigliabile NON sospendere la terapia personale del paziente.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

☐ di ACCETTARE il trattamento desensibilizzante prescritto e di averlo correttamente eseguito;

☐ di NON ACCETTARE alcun trattamento desensibilizzante;

☐ di aver effettuato un trattamento desensibilizzante diverso da quello proposto, in particolare:

(allegare anche la prescrizione)\_\_\_\_\_

**FIRMA LEGGIBILE DEL PAZIENTE  
O DI CHI NE HA LA TUTELA**

( specificare l'eventuale grado di parentela)

Data \_\_\_\_\_

**Qualora il paziente con anamnesi positiva per reazioni allergiche non esegua alcun trattamento desensibilizzante, il mezzo di contrasto non sarà somministrato.**

**SPAZIO RISERVATO ALLA STRUTTURA**

Il Medico valuta l'idoneità del trattamento desensibilizzante effettuato, se diverso da quello proposto, e autorizza l'eventuale impiego del mezzo di contrasto.

Data \_\_\_\_\_

**Firma del Medico**

\_\_\_\_\_

**IL PRESENTE MODULO VA CONSEGNATO IL GIORNO DELL'ESAME COMPILATO IN OGNI SUA PARTE**

Ricerche Radiologiche S.r.l. Via Pier Luigi da Palestrina, 1 Molfetta - Tel. 080 335 87 11