



Richiesta e consenso informato alla somministrazione intravasale di mezzo di contrasto organico iodato

Per il/la Sig/ra _____ nato/a il ___/___/___

si richiede il seguente esame che deve essere effettuato con somministrazione intravasale
di mezzo di contrasto

(specificare l'esame richiesto) _____

con la seguente indicazione clinica _____

Data ___/___/___

Firma e timbro del medico richiedente

Per procedere all'esame richiesto si prega di escludere o confermare patologie:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1) Comprovato rischio allergico a contrasti iodati | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2) Forme di grave insufficienza epatica | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3) Forme di grave insufficienza renale | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4) Insufficienza cardio-vascolare | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5) Diabete | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 6) Paraproteinemia | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 7) Asma bronchiale o altre allergie | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

8) Segnalare eventuale trattamento con i seguenti farmaci

- | | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Beta-bloccanti | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | se Si' sospendere 48H prima |
| b. Biguanidi | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |
| c. Interleukina 2 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |

Esami obbligatori:

- creatinina, esame urine, elettroforesi delle sieroproteine con tracciato
- digiuno da almeno 6 ore
- il paziente deve essere idratato
- se il paziente assume biguanidi, sospendere il trattamento 48 ore prima

Data ultimo aggiornamento
30/07/2025

Nome Cognome medico
Milesi Flavio