

INFORMAZIONI E ISTRUZIONI NECESSARIE PRIMA DI SOTTOPORSI AD ESAMI TC CON MEZZO DI CONTRASTO

Il giorno dell'esame presentarsi:

- Digiuno da almeno 6 ore
- Assumere regolarmente la terapia farmacologica
 - a) In caso di terapia insulinica consultare il medico curante
 - b) Pazienti diabetici che assumono METFORMINA e con $eGFR \leq 45$ mL/min dovranno sospenderla, previo consulto del medico curante, 48 h prima dell'esame e riprenderla 48 h dopo se eGFR invariato.

Presentarsi, inoltre, muniti di:

- Impegnativa utilizzata per la prenotazione
- Esame ematico della creatinina (validità 3 mesi)
- Documentazione completa relativa a precedenti indagini eseguite in relazione alla problematica oggetto di studio effettuate in altre strutture (RX, Ecografie, TC e RM) con CD immagini
- Questionario anamnestico per esecuzione di tomografia computerizzata (TC) con mezzo di contrasto (allegato) firmato e timbrato dal Medico richiedente l'esame
- In caso di **anamnesi positiva per allergie (mezzo di contrasto, farmaci o altro)** è **indispensabile contattare il Servizio di Radiologia** (telefono 0322-884771 dal lunedì al venerdì dalle 13.30 alle 15.30) ai fini dell'adozione della strategia diagnostica più indicata e sicura, che può prevedere una premedicazione farmacologica secondo protocollo aziendale allegato.
- Se il distretto oggetto di studio comprende l'addome portare 2 bottiglie di acqua naturale da 500 ml da assumere sotto indicazione del personale del Servizio.

Data ultimo aggiornamento

05/08/2025

Nome Cognome medico

Dr. Mariano Sacco

	MODULO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI VERUNO PREMEDICAZIONE PER ESAMI TC CON MEZZO DI CONTRASTO ENDOVENA	DIM VR IO MPEE MD2-1
		Data: 19/12/2025 Pagina 1 di 1

Gentile Signora/e,

Al fine di ridurre eventuali reazioni allergiche al MDC, di seguito Le forniamo le indicazioni per il trattamento da condividere con il proprio Medico di base e da assumere, salvo diverse indicazioni con le modalità sotto indicate.

DELTA-CORTENE 25 mg compresse

2 cpr alle ore 20.00 del giorno precedente l'esame
2 cpr alle ore 24.00 del giorno precedente l'esame
2 cpr alle ore 08.00 del giorno dell'esame

PANTORC 20 mg

1 cpr alle ore 20.00 del giorno precedente l'esame
1 cpr alle ore 08.00 del giorno dell'esame

CLORFENAMINA MALEATO 10 mg/ml fiale

1 fl im 1 ora prima dell'esame (che verrà fornita e somministrata presso il Servizio di Radiologia).

Si prega di dare informazione del proprio stato allergico alla Segreteria del Servizio di Diagnostica per Immagini all'atto della registrazione.

	MODULO DIM	DIM VR MD13-2
	QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ESECUZIONE DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) CON MEZZO DI CONTRASTO	Data: 26/11/2025 Pagina 1 di 2

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____

il ____/____/____

Gentile Paziente,

La preghiamo di rispondere brevemente ai seguenti quesiti per valutare la Sua idoneità a sottoporsi ad un esame TC con Mezzo di Contrasto (MdC) nella nostra Struttura. **Il questionario deve essere compilato e firmato dal medico che richiede l'esame e successivamente dal medico responsabile della prestazione diagnostica.**

In caso di anamnesi positiva per allergia a mezzo di contrasto, a seguito di un'indagine radiologica (TC, urografia, angiografia, coronarografia) contattare il Servizio di Radiologia (Tel. 0322/884771) dal Lunedì al Venerdì dalle ore 13.30 alle ore 15.30 per verificare la fattibilità dell'esame.

Presenza di asma bronchiale non controllato dalla terapia farmacologica	SI ☐	NO ☐
Presenza di orticaria-angioedema non controllato dalla terapia farmacologica	SI ☐	NO ☐
Pregressa anafilassi idiopatica	SI ☐	NO ☐
Allergia a farmaci	SI ☐	NO ☐
Allergie alimentari (con manifestazioni gravi)	SI ☐	NO ☐

Da consegnare all'atto dell'accettazione

	MODULO DIM	DIM VR MD13-2
	QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ESECUZIONE DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) CON MEZZO DI CONTRASTO	Data: 26/11/2025 Pagina 2 di 2

EVENTUALI MALATTIE ACCERTATE E POSSIBILI FATTORI DI RISCHIO ALL'UTILIZZO DEL MEZZO DI CONTRASTO IODATO

- | | | | |
|---|---|-----------------------------|-----------------------------|
| - | Grave insufficienza renale | Si ☐ | No ☐ |
| - | Indicare Valore di Creatinina Sierica/Filtrato Glomerulare: _____ | Si ☐ | No ☐ |
| - | Grave insufficienza epatica | Si ☐ | No ☐ |
| - | Insufficienza cardio – vascolare | Si ☐ | No ☐ |
| - | Diabete | Si ☐ | No ☐ |
| - | Tireotossicosi | Si ☐ | No ☐ |
| - | Ipertensione | Si ☐ | No ☐ |
| - | Gravidanza | Si ☐ | No ☐ |

Data _____

Nome e Cognome del paziente

Nome e Cognome del Medico Proponente

Firma del Paziente

Firma del Medico Proponente

Nome e Cognome del Medico Radiologo

Firma del Medico Radiologo

Da consegnare all'atto dell'accettazione