



Caro Collega,

Preso atto delle considerazioni contenute nella nota del Ministero della Sanità del 17 Settembre 1997 "Mezzi di contrasto organo-iodati e paramagnetici per via iniettiva" sollecitiamo la Tua preziosa collaborazione nell'intento di semplificare la procedura di prenotazione e di ridurre le spese ed i disagi a carico dei pazienti e per limitare al massimo i rischi derivanti dalla somministrazione dei Mezzi di contrasto organo-iodati e paramagnetici durante le procedure diagnostiche.

Avvalendoti dell'approfondita conoscenza delle condizioni fisiche e della clinica del paziente dovresti compilare il semplice questionario sottostante che consentirà allo specialista radiologo la precisa valutazione delle condizioni del paziente in relazione alla somministrazione del contrasto.

**QUESTIONARIO CLINICO**

A carico del Sig./ra.....di anni.....  
sono stati rilevati i sintomi, riscontri di laboratorio e strumentali che configurano:

- (sbarrare con una croce la casella indicativa) In caso affermativo si consigliano i seguenti esami
- Insufficienza epatica grave  NO  SI >PT, PTT, Piastrine, Albuminemia, Colinesterasi, Bilirubinemia
  - Insufficienza renale grave  NO  SI > Creatinemia
  - Insufficienza cardiocircolatoria grave  NO  SI > ECG - Ecocardio
  - Insufficienza miocardica grave  NO  SI > ECG - Ecocardio
  - Mieloma multiplo- Paraproteinemia  NO  SI >Rapporto kappa/Lambda o elettroforesi serica, proteina di Bence Jones nelle urine, Proteinuria totale
  - Ipertireosi  NO  SI > TSH
  - Ipersensibilità allo iodio  NO  SI > Nel corso di quale procedura? .....
  - Intolleranze farmacologiche  NO  SI > Per quali farmaci? .....
  - Diatesi allergiche  NO  SI > Quale? .....

**FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO CURANTE**

Se l'anamnesi sarà completamente negativa non si renderanno necessari ulteriori accertamenti clinici per la valutazione dell'idoneità del paziente a sottoporsi all'esame con mezzo di contrasto e sarà sufficiente che il paziente presenti al radiologo il questionario da Te compilato. Nell'evenienza di un'importante patologia sarà indispensabile l'approfondimento diagnostico e potresti prescrivere direttamente gli esami che ci siamo permessi di suggerire.

La consulenza anestesilogica si rende indispensabile di fronte al sospetto o alla certezza di diatesi allergiche, di intolleranze farmacologiche e soprattutto di ipersensibilità allo iodio (pregresse reazioni allergiche nel corso di somministrazione di mezzo di contrasto).

Siamo sinceramente grati per la Tua indispensabile collaborazione che consentirà oltretutto al paziente di prenotare l'esame tramite telefono facilitando in questo modo ulteriormente l'iter burocratico al quale si deve sottoporre.



## PRENOTAZIONE PER ESAME TAC CUORE/CORONARIE

INDAGINE TAC PRENOTATA: \_\_\_\_\_

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_

dell'accettazione centrale della Radiologia il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

munito/a di:

- 1) **Impegnativa** con quesito diagnostico e ricevuta dell'avvenuto pagamento del ticket;
- 2) **Questionario clinico** compilato e firmato dal medico curante (vedi pagina retrostante);
- 3) **Relazione clinica** dettagliata dello specialista
- 4) **Tutte le indagini** diagnostiche, specie quelle radiologiche (ecografiche, TAC, Laboratoristiche, ecc.) praticate precedentemente che abbiano attinenza con l'attuale sintomatologia clinica;
- 5) Osservare il **digiuno da almeno 3 ore** antecedenti l'esame.
- 6) **In caso di importanti diatesi allergiche si prega di contattare il reparto (070/539584)**

L'assenza di adeguata documentazione può comportare la mancata esecuzione dell'esame.

### **Si raccomanda la massima puntualità**

La consegna degli esami eseguiti si effettua presso lo sportello dell'accettazione centrale della Radiologia la mattina dalle ore 11 alle ore 13 e il pomeriggio dalle ore 17 alle ore 19 previa consegna della ricevuta del ticket. Il pagamento del ticket si effettua presso l'Ufficio ticket dell'Ospedale (al sottopiano) aperto dalle ore 7.30 alle ore 13.00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 15.30 alle ore 18.00 dal lunedì al giovedì.

Firma leggibile di chi prenota

\_\_\_\_\_

**FAR COMPILARE AL MEDICO CURANTE  
E CONTROFIRMARE IL QUESTIONARIO  
DELLA PAGINA RETROSTANTE**