



Scheda di prenotazione per PET/CT con ¹⁸F-FDG Total Body con MdC

PAZIENTE C.F.

Provenienza SSN [] RIC. [] DH [] DP [] Sesso F M

Cognome Nome Nato/a il / / a Peso (Kg), Altezza (cm)

Telefono Cellulare Email/Fax

Indirizzo CAP Comune Prov

Il/la paziente è diabetico/a [NO] [Sì], se Sì, in terapia con Insulina Ipoglicemizzanti orali

Il/la pz. è in dialisi [Sì] [NO] giorni seduta dialitica

Il/la pz. è barellato/a [Sì] [NO] autosufficiente [Sì] [NO] claustrofobico [Sì] [NO] incontinente [Sì] [NO]

Per le donne in età fertile, data delle ultime mestruazioni allatta [Sì] [NO]

MEDICO RICHIEDENTE Ospedale Reparto

Tel. Cell. Fax E-mail

Diagnosi

Quesito clinico

Se in follow-up: In remissione Sospetta recidiva (specificare nelle righe sottostanti)

.....
.....
.....

Precedenti PET [NO] [Sì] Se Sì, indicare la data ed allegare il referto

Chirurgia [NO] [Sì] Tipo di intervento Data / /

Chemioterapia [NO] [Sì] conclusa in data / /

Terapia biologica [NO] [Sì] conclusa in data / /

Radioterapia [NO] [Sì] conclusa in data / / Distretto

MARKERS NEOPLASTICI

MARKER \ DATA			

INDAGINI MORFOLOGICHE (allegare referto)

- TC s/c mdc [Sì] [NO] distretto.....data.....
- RM s/c mdc [Sì] [NO] distretto.....data.....
- Ecografia [Sì] [NO] distretto.....data.....
- distretto.....data.....
- distretto.....data.....

Lo spazio sottostante è riservato agli operatori della segreteria

Codice richiesta **RIC**

Codice paziente **PAZ**

Codice prenotazione **PRE**

Codice chiarimento **CHIA**

Codice medico **AOB**

Numero di protocollo **n°**

**MODELLO INFORMATIVO PER ESECUZIONE DI ESAME TAC CON MDC
(DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE/SPECIALISTA)**

PAZIENTE Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Peso (kg) _____ sesso M F**Eventuali malattie note** **Ipertiroidismo: se non trattato è una controindicazione all'uso di mezzi di contrasto iodati; in casi selezionati, potrebbe essere somministrato un trattamento profilattico e un monitoraggio endocrinologico.**

- Diabete** **Proteinuria** **Ipertensione** **Gotta**
 Precedenti malattie renali o interventi chirurgici sui reni
 Insufficienza renale (creatininemia:)
 Assunzione recente di farmaci nefrotossici (ciclosporine, cisplatino, aminoglicosidi, betabloccanti, interleuchina 2, idralazina...) No Si (specificare).....

IN CASO DI NOTA INSUFFICIENZA RENALE (GFR < 60) O FATTORI DI RISCHIO PER NEFROPATIA
(nota nefropatia specie se diabetica, disidratazione, scompenso cardiaco, età > 70 anni, contemporanea assunzione di farmaci nefrotossici, ipertensione, gotta), il paziente deve essere idratato:

- **il giorno prima dell'esame contrastografico:** assunzione orale di 600 mg di N-acetilcisteina (Fluimucil bustine) 2 volte al giorno.
- **Il giorno dell'esame:** idratazione per OS fino a 1 ora prima della procedura (almeno 1,5 litri), più assunzione orale di 600 mg di N-acetilcisteina (Fluimucil bustine) 2 volte al dì.

- Malattia allergica trattata farmacologicamente** **Asma**
Precedente somministrazione di mezzi di contrasto? SI NO
Precedenti reazioni allergiche a mezzi di contrasto? SI NO
Precedenti reazioni allergiche a farmaci o altre sostanze?
 SI (specificare quali) _____ No

In occasione di precedenti eventi avversi/allergici è stato necessario somministrare farmaci?
 Si **No****IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER**

1. PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE MODERATE O SEVERE A MDC, ASMA
2. PRECEDENTE REAZIONE ALLERGICA CHE ABBIÀ RICHIESTO TRATTAMENTO MEDICO
3. TERAPIA CON INTERLEUCHINA-2 (rischio di lesioni cutanee)

può essere utile eseguire una terapia desensibilizzante, sebbene la sua utilità sia limitata.

SCHEMA DI TERAPIA DESENSIBILIZZANTE

12 h e 2 h prima dell'esame: prednisone (Deltacortene) 25 mg, oppure metilprednisolone (Medrol) 32 mg per bocca (linee guida ESUR 8.1, accesso online del 15.04.2014).

- Attuale terapia con biguanidi (Metformina)?** NO SI
(se il GFR è < 60 il paziente il paziente **DEVE SOSPENDERE L'ASSUNZIONE DEL FARMACO** per 48 ore prima e dopo l'esecuzione dell'esame)

Tutti i Pazienti che si devono sottoporre a indagine radiologica con M.D.C. iodato, devono eseguire, nei 30 giorni che precedono l'esame, il dosaggio ematico della creatinina.

I pazienti anziani (> 65 anni), diabetici, ipertesi, che hanno assunto farmaci nefrotossici o con pregresse malattie renali devono avere un esame della creatinina eseguito negli ultimi 7 giorni, o più recente in caso di nota o sospetta insufficienza renale.

Data _____ Timbro e firma per esteso del Medico _____