



INDAGINI DIAGNOSTICHE CON MEZZO DI CONTRASTO PER RISONANZA MAGNETICA

A CURA DEL MEDICO PRESCRITTORE o Medico di Medicina Generale su indicazione dello specialista.

Caro collega,

sollecitiamo la tua preziosa collaborazione nell'intento di semplificare la procedura di prenotazione e ridurre le spese ed i disagi a carico dei pazienti e per limitare al massimo i rischi derivanti dalla somministrazione dei Mezzi di Contrasto in Risonanza Magnetica durante le procedure diagnostiche. Avvalendoti dell'approfondita conoscenza delle condizioni fisiche e della clinica del paziente, dovresti compilare il semplice questionario sottoesposto che consentirà allo specialista radiologo la precisa valutazione delle condizioni del paziente in relazione alla somministrazione del contrasto.

Dati del paziente

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Peso Kg _____

Esame richiesto: RM _____

Notizie Cliniche e quesito diagnostico _____

Creatininemia mg/dl _____ (non antecedente a 30 gg), eGFRml/minuto/1,73 m² _____

Il/la paziente presenta:

Precedenti reazioni moderate/severe ai mezzi di contrasto NO SI

(se sì, eseguire preventivamente consulenza Anestesiologica e/o Allergologica); Specificare tipo di MDC, tipo ed entità della reazione _____

Allergie in Trattamento NO SI Asma NO SI

Insufficienza Renale NO SI Diabete NO SI

Insufficienza Epatica NO SI Insufficienza Cardiaca NO SI

Tattamento in atto con farmaci NO SI , se sì, specificare quali _____

Data _____ Firma e timbro del Medico Curante _____

ASL MEDIO CAMPIDANO

Sede Legale: Via Ungaretti n. 9, 09025, Sanluri
C.F.: 03990320925 P.IVA: 03990320925
sito internet : www.aslmediocampidano.it

U. O. RADIODIAGNOSTICA

Servizio di Risonanza Magnetica

Numero telefonico: 0709378387/8

Responsabile Dott. Gianfranco Putzu