

---

**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 m<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

**Il/la paziente presenta:**

Precedenti reazioni moderate/severe ai mezzi di contrasto  NO  SI

(se si, 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 si, 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**