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 ridurre le spese ed i disagi a carico dei pazienti e per limitare al massimo i rischi derivanti derivanti dalla somministrazione dei Mezzi di Contrasto organo-iodati 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.

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 risposta (si/no)		In caso affermativo si consigliano i seguenti esami
⇒ Insufficienza epatica grave	si no	► PT, PTT, Piastrine, Albuminemia, Colinesterasi, bilirubinemia
⇒ Insufficienza renale grave	si no	►Creatininemia, eGFR
⇒ Ins. Cardiocircolatoria grave	si no	► ECG, ecocardiogramma
⇒ Ins. Miocardia grave	si no	► ECG, Ecocardiogramma Paraproteinemia
⇒ Mieloma multiplo ,Paraproteinemia	si no	► Rapporto K/λ, Elettroforesi, Prot. Bence Jones nelle urine
⇒ Ipertireosi	si no	► TSH, T3, T4
⇒ Ipersensibilità allo Iodio	si no	► In quale procedura? _____
⇒ Intolleranze farmacologiche	si no	► Per quali farmaci? _____
⇒ Diatesi allergiche	si no	► Quale? _____
⇒ Terapia con Metformina	si no	► Sospendere nelle 48 ore prima e dopo l'esame

Data _____ Firma e timbro del Medico Curante _____