



U.O. Radiologia Diagnostica 2
Cattedra di Radiologia
Direttore: Prof. ROBERTO MAROLDI

MODULO PER LA RICHIESTA DI ESAMITC CON MEZZO DI CONTRASTO ORGANOIODATO PER VIA INIETTIVA E CORONARO-TC

Cognome Nome Nato/a il

Altezza (cm) Peso (kg)

Quesito clinico

Esame richiesto

1) DATI ANAMNESTICI

Allergie note al mdc	NO	SI	
Altre allergie note	NO	SI	(specificare)
Malattie cardiovascolari	NO	SI	(specificare)
Epatopatie	NO	SI	(specificare)
Malattie infettive	NO	SI	(specificare)
Terapia con biguanidi	NO	SI	(*) (specificare)
Terapia con beta-bloccanti	NO	SI	
Terapia con interleukina 2	NO	SI	

(*) I pazienti in trattamento con *metformina* devono sospendere l'assunzione 48 ore prima dell'esame e riprenderla 48 ore dopo, previa rivalutazione della creatinemia.

2) PER LE DONNE IN ETÀ FERTILE

Gravidanza presunta o in atto	NO	SI	(firma della paziente)
-------------------------------	----	----	------------------------

3) PER L'ESECUZIONE DI CORONARO-TC

Controindicazioni all'impiego di beta bloccanti o nitroderivati?	NO	SI
------------------------------------------------------------------	----	----

Esame da eseguire preliminarmente (da non ripetere se eseguita nei primi 3 mesi precedenti):

CREATININEMIA (o CLEAREANCE CREATININA) eseguito il/...../..... Valore(mg/dL)

Data

.....
(firma del Medico Curante)

25123 Brescia - p.le Spedali Civili, 1

2° Servizio di Radiologia: Tel. 0303995528 - 0303996551 - 0303996828 - Fax 0303399897 - 0303996033

Sito internet www.asst-spedalivicivi.it - E-mail: maroldi@med.unibs.it