



MODULO PER LA RICHIESTA DI ESAMI TC CON MEZZO DI CONTRASTO ORGANOIODATO PER VIA INIETTIVA

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	<i>(specificare)</i>
Malattie cardiovascolari	No	Si	<i>(specificare)</i>
Epatopatie	No	Si	<i>(specificare)</i>
Malattie infettive	No	Si	<i>(specificare)</i>
Terapia con biguanidi	No	Si	<i>(*) (specificare)</i>
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.

2) Per le donne in età fertile

Gravidanza presunta o in atto	No	Si	<i>(firma della paziente)</i>
-------------------------------	----	----	-------------------------------

ESAME DA ESEGUIRE PRELIMINARMENTE
(da non ripetere se eseguita nei 3 mesi precedenti):

CREATININEMIA (o CLEARANCE CREATININA)

eseguito il:...../...../..... valore.....(mg/dL)

Data:.....

.....
(firma del Medico Curante)