COGNOME:_____ **NOME:**_____ **DATA DI NASCITA:**_____

INDAGINE/SOSPETTO CLINICO: _____

Creatinina	Valore:	Data dell'esecusione:
Valore di filtrato glomerulare (GFR)	Valore:	Data dell'esecuzione:

Malattie note

- ☐ Asma
- ☐ Diabete
- ☐ Malattia allergica trattata farmacologicamente
- ☐ Insufficienza renale
- ☐ Assunzione recente di farmaci nefrotossici (ciclosporine, cisplatino, aminoglicosidi, betabloccanti, interleuchina 2, idralazina, etc…)

Terapia con biguanidi (**Metformina**):

I pazienti in trattamento con Metformina devono sospendere il trattamento per 48h dopo la somministrazione del mezzo di contrasto iodato (solo TC). Se la funzionalità renale basale è alterata la Metformina va sospesa anche per 48h dopo l'esame.

- ☐ SI
- ☐ NO

Precedenti somministrazioni di MDC:

- ☐ SI, senza reazione allergica
- ☐ SI, con reazione allergica (indicare il farmaco se noto) _____
- ☐ NO

Precedenti gravi **reazioni allergiche** a farmaci o altre sostanze (reazioni anafilattiche, asma, …)

- ☐ SI (indicare il farmaco/sostanza se nota) _____
- ☐ NO

IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE A MDC O A FARMACI E' NECESSARIO ESEGUIRE PREPARAZIONE DESENSIBILIZZANTE. ESEMPIO: Secondo le linee guida ESUR: prednisolone 30 mg (o metiprednisolone 32 mg) per os, 12 e 2 ore prima dell'esame. OPPURE: Prednisone (DELTACORTENE) per os 25 mg 12 ore prima dell'esame e 25 mg 1 ora prima dell'esame.

IL MEDICO CURANTE, preso atto delle risposte fornite dal Paziente ed impostata l'eventuale terapia desensibilizzante, **RICHIEDE L'UTILIZZO DI MDC.**

(data) (firma del Medico Curante)

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME, preso atto delle risposte fornite dal Paziente ed espletate l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari, **AUTORIZZA LA SOMMINISTRAZIONE DI MDC.**

(data) (firma del Medico Radiologo)

Tutte le informazioni raccolte sono tutelate ai sensi del Regolamento EU 2016/679 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

DICHIARAZIONE DI PREMEDICAZIONE

Ha eseguito la preparazione desensibilizzante secondo indicazione?

- ☐ SI
- ☐ NO (l'esame non verrà eseguito)
- ☐ NON NECESSARIA

(data) (firma del Paziente)

CONSENSO INFORMATO del paziente alla somministrazione di MDC

- **Dichiaro** di essere stato adeguatamente informato sui rischi connessi alla somministrazione endovenosa o intra-articolare di mezzo di contrasto iodato (TC) o paramagnetico (RM) e sulle possibili conseguenze sulla mia salute
- **Esprimo** a tal fine **il mio consenso** alla somministrazione di mdc

☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO**

(data) (firma del Paziente)

(firma del primo genitore, o tutore legale) (firma del secondo genitore)

Per pazienti <13aa sono necessarie le firme di ENTRAMBI i genitori
Per pazienti 13-16aa sono necessarie la firma del paziente e di un genitore (prevalente)
Per pazienti 16-18aa sono necessarie la firma del paziente (prevalente) e di un genitore