

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER L'ESAME DI T.A.C.
CON MEZZI DI CONTRASTO ORGANOIODATI**

Gentile Signore/a,

l'indagine diagnostica prescritta prevede l'utilizzo di MEZZI DI CONTRASTO ENDOVASCOLARI che vanno somministrati per via venosa o arteriosa.

Il mezzo di contrasto usato è stato scelto tenendo in considerazione i parametri di qualità, efficienza e tollerabilità, con l'obiettivo di utilizzare il prodotto migliore presente sul mercato. Questi preparati provocano la opacizzazione per via vascolare delle strutture anatomiche e ne rendono possibile una più certa identificazione e delimitazione, consentendo spesso una migliore definizione della patologia in causa sia ai fini diagnostici che terapeutici. Il loro utilizzo può avvenire, a seconda delle necessità diagnostiche, per infusione lenta o bolo rapido. Presso il Centro Medico sono utilizzati mezzi di contrasto iodati non ionici notevolmente più sicuri ed affidabili che in passato. Tuttavia, in una minima percentuale dei casi (1- 3%) sono possibili reazioni avverse spesso di grado lieve (stravasamento in sede di iniezione, sudorazione, nausea o vomito, secchezza delle fauci, orticaria) o medio (dispnea, broncospasmo, alterazioni pressorie e del ritmo cardiaco, angina, convulsioni, lipotimia); rare, ma possibili; sono le reazioni gravi (edema della glottide, shock anafilattico), di cui severe 0,04% e molto severe 0,004%.

La preghiamo, pertanto, di segnalare preventivamente al Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame tutte le patologie di cui è portatore

Paziente _____

Medico inviante _____

Indagine richiesta _____

Sospetto clinico per cui si richiede l'indagine radiologica _____

Anamnesi _____

Allergia al mezzo di contrasto	si				no
Altre allergie note	si				no
Ipertensione	si	lieve	media	grave	no
Cardiopatìa	si	lieve	media	grave	no
Encefalopatìa	si				no
Nefropatìa	si	lieve	media	grave	no
Diabete	si				no
Epatopatìa	si	lieve	media	grave	no
Malattìa infettiva	si				no
Anamnesi per mieloma	si				no
Trattamento in atto con farmaci	Si, specificare				no
Assunzione di alcol, droghe	Si, specificare				no

Data _____ Firma del Medico richiedente _____