



MODULO DI RICHIESTA PER ESAMI RADIOLOGICI CON MEZZI DI CONTRASTO IODATI

(ai sensi della nota del M.d.S. del 17.09.1997)

Cognome e Nome _____
Nato/a a _____ il ____/____/____
Residente a _____ Via _____ Tel _____
Esame richiesto _____ Tel _____
Medico Curante _____

Per la corretta valutazione clinico-anamnestica è indispensabile conoscere dati relativi a :

- | | | |
|---|----|----|
| ■ Comprovato rischio allergico a contrasti organo-iodati o altre sostanze | SI | NO |
| se SI specificare | | |
| ■ Insufficienza epatica grave | SI | NO |
| ■ Insufficienza renale grave | SI | NO |
| ■ Insufficienza cardio-vascolare grave | SI | NO |
| ■ Anamnesi per mieloma | SI | NO |
| ■ Trattamento in atto con farmaci (β bloccanti, biguanidi, interleukina) | SI | NO |
| se SI specificare | | |
| ■ Assunzione di alcool, droghe | SI | NO |

(Timbro e Firma del Medico Curante)

Esami da eseguire e da presentare all'atto della prenotazione:

- | | |
|--|-----------------------------------|
| - Elettrocardiogramma (solo nei pazienti cardiopatici) | |
| - Creatinina | - Esame Urine |
| - Glicemia | - Ricerca Proteina di Bence Jones |