

Ricerche Radiologiche S.r.l. Rev.04 del 29.06.2017	<b>TRATTAMENTO DESENSIBILIZZANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO</b>	RQ L03 A Pag 1 di 2
--	---	------------------------

**PROFILASSI ANTIALLERGICA CONSIGLIATA:**

(in presenza di uno o più fattori di rischio)

**GIORNO DELL'ESAME \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_**

- Per i **3 giorni** precedenti \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ all'esame assumere **1 compressa (10 mg)** di **CETIRIZINA (es:ZIRTEC) DICLORIDRATO** o **ANTISTAMINICO** equivalente **la sera**;

Avvertenze: - effetti sulla capacità di guidare veicoli o di usare macchinari.

- **13 ore prima** dell'esame (giorno \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_) assumere **2 compresse** di **PREDNISONE da 25 mg;(es:DELTACORTENE)**

Avvertenze: Possibili effetti indesiderati:

- alterazioni del bilancio idro-elettrolitico;
- alterazioni muscolo scheletriche, quali osteoporosi, fragilità ossea, miopatie;
- complicazioni a carico dell'apparato gastro-intestinale, che possono arrivare fino alla comparsa o all'attivazione di ulcera peptica;
- alterazioni cutanee, quali ritardi nei processi di cicatrizzazione, assottigliamento e fragilità della cute;
- alterazioni neurologiche quali vertigini, cefalea e aumento della pressione endocranica;
- interferenza con la funzionalità dell'asse ipofisi-surrene ;
- complicazioni di natura oculistica quali cataratta posteriore sub capsulare ed aumentata pressione endoculare;
- negativizzazione del bilancio dell'azoto.

- **7 ore prima** dell'esame (giorno \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_) assumere **2 compresse di PREDNISONE da 25 mg;(es:DELTACORTENE)**

-Astenersi dall'assunzione di alimenti a partire da **5 ore** prima dell'esame.

- **1 ora prima** dell'esame (giorno \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_) assumere **2 compresse di PREDNISONE da 25 mg;(es:DELTACORTENE)**

Ai pazienti con anamnesi positiva per patologia gastrica si suggerisce di assumere un protettore gastrico: RANITIDINA o OMEPRAZOLO.

E' inoltre consigliabile NON sospendere la terapia personale in corso.

Prima di assumere la profilassi consigliata La esortiamo a rivolgersi dal proprio Medico Curante per la compilazione del questionario sottostante.

**NB:** Tutte le preparazioni prevedono l'uso di medicinali, pertanto è necessario consultare il proprio medico di famiglia prima di qualsiasi farmaco

**Nota per il Medico Curante**

La prestazione radiologica richiesta per il suo assistito prevede l'impiego di mezzo di contrasto. Per i soggetti a rischio potenziale di reazioni avverse è stato messo a punto un protocollo di preparazione farmacologica, nell'intento di ridurre l'insorgenza. La invitiamo a verificare l'eventuale presenza di rilievi anamnestici di natura allergica e a valutare l'idoneità del trattamento proposto.

**Dati del paziente:**

Cognome : \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Sesso: Femminile  Maschile

Manifestazioni allergiche SI  Quali? \_\_\_\_\_  
NO

**Presenza di rilievi anamnestici di natura allergica:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Precedenti reazioni di tipo anafilattico                      | <input type="checkbox"/> Asma bronchiale – riniti allergiche                 |
| <input type="checkbox"/> Dermatiti allergiche da contatto                              | <input type="checkbox"/> Reazione a farmaci                                  |
| <input type="checkbox"/> Allergia alimentare   | <input type="checkbox"/> Precedenti reazioni allergiche a mezzo di contrasto |
| <input type="checkbox"/> Uso di betabloccanti  |  |
| Risulta in stato di gravidanza SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |

**FIRMA LEGGIBILE DEL PAZIENTE O DI CHI NE HA LA TUTELA**

Data \_\_\_\_\_ (specificare l'eventuale grado di parentela)

Ricerche Radiologiche S.r.l. Rev.04 del 29.06.2017	<b>TRATTAMENTO DESENSIBILIZZANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO</b>	<b>RQ L03 A</b> Pag 2 di 2
--	---	-------------------------------

Qualora il Suo Medico Curante non ritenga idonea la profilassi antiallergica proposta, La preghiamo di contattare o far contattare dal Suo Medico Curante il personale Medico della struttura.

E' consigliabile NON sospendere la terapia personale del paziente.

**IMPORTANTE: IN CASO DI PAZIENTI CHE HANNO PRECEDENTEMENTE MANIFESTATO REAZIONI ALLERGICHE AL MEZZO DI CONTRASTO O AL LATTICE, SI PREGA DI CONTATTARE TEMPESTIVAMENTE IL PERSONALE MEDICO DELLA STRUTTURA.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- di ACCETTARE il trattamento desensibilizzante prescritto e di averlo correttamente eseguito;
- di NON ACCETTARE alcun trattamento desensibilizzante;
- di aver effettuato un trattamento desensibilizzante diverso da quello proposto, in particolare:  
(allegare anche la prescrizione) \_\_\_\_\_

**FIRMA LEGGIBILE DEL PAZIENTE O DI CHI NE HA LA TUTELA**  
( specificare l'eventuale grado di parentela)

Data \_\_\_\_\_

**Qualora il paziente con anamnesi positiva per reazioni allergiche non esegua alcun trattamento desensibilizzante, il mezzo di contrasto non sarà somministrato.**

### SPAZIO RISERVATO ALLA STRUTTURA

Il Medico valuta l'idoneità del trattamento desensibilizzante effettuato, se diverso da quello proposto, e autorizza l'eventuale impiego del mezzo di contrasto.

Data \_\_\_\_\_

**Firma del Medico**

\_\_\_\_\_