

Ricerche Radiologiche S.r.l. Rev.07 del 01.06.2021	TRATTAMENTO DESENSIBILIZZANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO	RQ L03 A Pag 1 di 2
--	---	--------------------------------------

Dati del paziente:

Cognome : _____ Nome: _____ nato/a il _____

IMPORTANTE: E' INDISPENSABILE SAPERE SE

E' ALLERGICO O HA AVUTO PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE AL MEZZO DI CONTRASTO ?			☐ SI	☐ NO
SE HA RISPOSTO SI , PER QUALE ESAME HA AVUTO UNAREAZIONE ALLERGICA AL MEZZO DI CONTRASTO?	☐ RX	☐ TAC	☐ RISONANZA MAGNETICA	
SOFFRE DI DIABETE ?			☐ SI	☐ NO
E' AFFETTO DA INSUFFICIENZA RENALE ?			☐ SI	☐ NO

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.

Manifestazioni allergiche SI ☐ Quali? _____
NO ☐

Presenza di rilievi anamnestici di natura allergica:

- | | |
|---|--|
| ☐ Precedenti reazioni di tipo anafilattico | ☐ Asma bronchiale – riniti allergiche |
| ☐ Dermatiti allergiche da contatto | ☐ Reazione a farmaci |
| ☐ Allergia alimentare | ☐ Uso di betabloccanti |
| ☐ Lattice | ☐ Altro _____ |

Risulta in stato di gravidanza SI ☐ NO ☐

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

Data _____

PROFILASSI ANTIALLERGICA CONSIGLIATA:

(in presenza di uno o più fattori di rischio)

GIORNO DELL'ESAME _____ ORA _____

- **12 ore prima** dell'esame assumere **2 compresse** di PREDNISONONE da 25 mg;(es:DELTACORTENE)
- **2 ore prima** dell'esame assumere **2 compresse** di PREDNISONONE da 25 mg;(es:DELTACORTENE)
- Astenersi dall'assunzione di alimenti a partire da **5 ore** prima dell'esame.
- **1 ora prima** dell'esame assumere **1 compressa** di ANTISTAMINICO (es: Cetirizina)

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;

IL PRESENTE MODULO VA CONSEGNATO IL GIORNO DELL'ESAME COMPILATO IN OGNI SUA PARTE

Ricerche Radiologiche S.r.l. Via Pier Luigi da Palestrina, 1 Molfetta - Tel. 080 335 87 11

Ricerche Radiologiche S.r.l. Rev.07 del 01.06.2021	TRATTAMENTO DESENSIBILIZZANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO	RQ L03 A Pag 2 di 2
--	---	--------------------------------------

- 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.

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

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

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

E' consigliabile NON sospendere la terapia personale del paziente.

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
