



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO
PRESIDIO OSPEDALIERO DI SOVERATO
U. O. DI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

MODELLO DI DICHIARAZIONE ANAMNESTICA PER L'USO DEI MEZZI DI CONTRASTO

Dichiarazione anamnestica, attestante l'esistenza o meno di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione di mezzi di contrasto.

Si certifica che il /la Sig./ra _____

Data di nascita _____

non presenta i seguenti particolari anamnestici : precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzi di contrasto; altre precedenti reazioni allergiche; presenza di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione di mezzi di contrasto; grave insufficienza renale, grave insufficienza epatica, grave insufficienza cardiaca, paraproteina di Waldenström; mieloma multiplo, diabete.

Non assume : farmaci biguanidi; interleukine, β -bloccanti.

presenta i seguenti particolari anamnestici

- precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzi di contrasto	SI	NO
- altre precedenti reazioni allergiche : _____	SI	NO
- presenza di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione dei mezzo di contrasto:		
- grave insufficienza epatica	SI	NO
- grave insufficienza renale	SI	NO
- grave insufficienza cardiaca	SI	NO
- paraproteinemia di Waldenström	SI	NO
- mieloma multiplo	SI	NO
- diabete	SI	NO
- assume farmaci biguanidi	SI	NO
- assume interleukine	SI	NO
- assume β -bloccanti	SI	NO

Eventuali indagini eseguite : NO _____ SI _____

Eventuali notizie anamnestiche aggiuntive rispetto alla diagnosi o quesito clinico _____

L'assistito è stato informato che :

1) all'atto dell'esecuzione dell'indagine, se effettuata con mezzo di contrasto, verrà acquisito il consenso scritto.

2) l'iniezione del mezzo di contrasto va sempre effettuata in condizioni di buona idratazione, per cui le norme relative al digiuno non riguardano l'assunzione di acqua e l'assunzione di terapie abituali.

3) è utile fornire documentazione, se ne è in possesso, di eventuali esami strumentali (TC, RM, ECO, RX, Scintigrafie, Endoscopie), di reperti cito-istologici, di esami di laboratorio e copie di cartelle cliniche.

Data _____

Firma del Medico Proponente o del Medico di Medicina Generale _____

Firma dell'Assistito _____
(per presa visione)