



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

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

Si certifica che il lla 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 Waldenstrom; 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 del mezzo di contrasto:	SI	NO
- 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 interleukina	SI	NO
- assume β -bloccanti	SI	NO

Eventuali indagini eseguite : NO SI _____

Eventuali notizie anamnestiche aggiuntive rispetto alta 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)