

**SCHEDA INFORMATIVA TC  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO  
Questionario da compilarsi da parte del Medico prescrivente**

(La mancata compilazione del questionario preclude l'effettuazione dell'esame)

Sig./ Sig.ra (cognome e nome) .....  
nato/a a ..... in data .....

**ATTENZIONE:** La preghiamo di voler segnalare:

comprovata allergia ai mezzi di contrasto iodati (se noto, quale.....)	SI	NO
asma bronchiale sintomatica	SI	NO
orticaria in atto	SI	NO
angioedema ricorrente	SI	NO
mastocitosi	SI	NO
pregresso/i episodio/i di shock anafilattico da causa non determinata	SI	NO
stato di gravidanza (possibile o accertata)	SI	NO
forme di grave insufficienza cardio-vascolare	SI	NO
ipertiroidismo manifesto	SI	NO
assunzione di metformina	SI	NO
eventuale somministrazione di MDC ev nelle ultime 48-72h	SI	NO

funzionalità dei reni:  
creatininemia ..... e-GFR ..... del.....  
(dosaggio eseguito nei 3 mesi precedenti; nella settimana precedente in caso di patologia acuta o di evento esterno che possa aver influenzato negativamente la funzionalità renale)

Data .....

Timbro e firma del Medico prescrivente .....

Timbro e firma del Medico Radiologo (per presa visione) .....

→ I pazienti che presentano:

- comprovata **allergia a mezzi di contrasto** (iodato o paramagnetico)
- **asma** non controllata
- **orticaria e/o angioedema cronici** e/o ricorrenti non controllati
- **mastocitosi**
- **anafilassi idiopatica**
- valore della **creatininemia e/o valore di e-GFR non compreso nei valori di normalità**

devono **comunicare la presenza di una o più delle suddette condizioni in fase di prenotazione** per permettere al Medico Radiologo Responsabile dell'esame di valutare se possibile eseguire l'indagine.

**NON** sono fattori di rischio:

- Pregressa reazione allergica a molluschi, crostacei, pesci o altri alimenti, polveri, metalli etc.
- Pregressa reazione allergica ad altre categorie di farmaci
- Reazioni da ipersensibilità ad antisettici iodati, quali soluzione di iodopovidone e iodoformio