

## Richiesta per esami radiologici con mezzo di contrasto

PAZIENTE \_\_\_\_\_ NATO IL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CLINICA \_\_\_\_\_

ESAME RICHIESTO \_\_\_\_\_

### SINTESI CLINICA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SOSPETTO DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Per procedere all'esame con mdc sono annotate le seguenti valutazioni clinico-anamnestiche:

Comprovato rischio allergico a contrasti iodati o altre sostanze	SI	NO
Forme di grave insufficienza epatica o renale o cardiovascolare	SI	NO
Paraproteinemie o mieloma multiplo	SI	NO
Tireotossicosi	SI	NO

Note: Alcool, droghe, \_\_\_\_\_

Medico Richiedente \_\_\_\_\_

Timbro e Firma \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

INVIO AD ACCERTAMENTO CONSULTO CON ANESTESIA.

N.B.: La consultazione con l'anestesia è opportuna nei pazienti con comprovato rischio allergico, gravi forme di insufficienza epatica o renale o cardiovascolare.