MODULO DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI MAMMOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO (CEM)

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte **dal Medico Specialista Richiedente/Medico Curante** e va esibito dalla Paziente il giorno dell'esame unitamente agli esami di laboratorio, alla documentazione relativa al quesito clinico e ad eventuali indagini precedenti. *Le richieste incomplete sono motivo di annullamento dell'esame*.
Il giorno dell'esame TC la Paziente deve presentarsi a digiuno da almeno 6 ore con i risultati del dosaggio della Creatininemia e della velocità di filtrazione renale (eGFR) di data non superiore ai 30 giorni.

DATI DELLA PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ Peso _____ Altezza _____ Telefono _____

Provenienza: ☐ Ambulatoriale ☐ Ricoverato/a nell'U.O. Cartella n° _____

Medico Specialista Richiedente/Medico Curante _____ Telefono _____

Indagine richiesta _____

Quesito clinico _____

NOTIZIE CLINICO-ANAMNESTICHE	SI	NO
Asma	☐	☐
Assunzione di Alcool e/o Droghe	☐	☐
Comprovato rischio allergico al MDC iodato o altre sostanze Se SI specificare: _____	☐	☐
Diabete	☐	☐
Gotta	☐	☐
Insufficienza cardio-vascolare	☐	☐
Insufficienza epatica grave	☐	☐
Insufficienza renale	☐	☐
Ipertiroidismo	☐	☐
Mieloma	☐	☐
Pregressa chirurgia renale	☐	☐
Proteinuria	☐	☐
Terapia in atto con farmaci (Metformina, Beta-bloccanti, Interleukina 2, FANS, Aminoglicosidi Se SI specificare: _____	☐	☐

Luogo e Data _____

_____
Firma e timbro del Medico Specialista Richiedente/Medico Curante