



REGIONE ABRUZZO – ASL TERAMO
Dipartimento dei Servizi

Direttore:
Dr.ssa Gabriella Lucidi Pressanti

Nota Informativa:
QMDC
Revisione 1
Del 27.10.2021
Pagina 1 di 1

**MODULO DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) CON
MEZZO DI CONTRASTO (MDC) IODATO PER VIA ENDOVENOSA**

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte **dal Medico Specialista Richiedente/Medico Curante** e va esibito dal 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 il Paziente deve presentarsi a digiuno da almeno 6 ore con i risultati dell'elettroforesi sieroproteica, del dosaggio della Creatininemia ed il GFR di data non superiore ai 30 giorni.

DATI DEL 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assunzione di Alcool e/o Droghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprovato rischio allergico al MDC iodato o altre sostanze Se SI specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gotta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insufficienza cardio-vascolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insufficienza epatica grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insufficienza renale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iperteroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mieloma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregressa chirurgia renale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteinuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia in atto con farmaci (Metformina, Beta-bloccanti, Interleukina 2, FANS, Aminoglicosidi) Se SI specificare: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Luogo e Data _____

Firma e timbro del Medico Specialista Richiedente/Medico Curante