

DA COMPILARE IN TUTTE LE SUE PARTI A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE

INDISPENSABILE ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Peso (kg) _____

Necessaria valutazione del Filtrato Glomerulare non antecedente a 3 mesi (da riportare qui di seguito):

Data: _____ **Valore Filtrato Glomerulare (e-GFR):** _____ **ml/minuto/1,73 m²**

NOTE ANAMNESTICHE:

Asma **SI** **NO**

Malattia allergica trattata farmacologicamente **SI** **NO**

Precedente somministrazione di MDC nota **SI** **NO**

Precedenti reazioni allergiche a MDC o ad altri farmaci note **SI** **NO**

Specificare tipo reazione e farmaco: _____

Dichiaro di aver informato il paziente per quanto di mia competenza rispetto alle indicazioni, controindicazioni e rischi dell'indagine proposta.

Timbro e firma per esteso del Medico curante/Specialista

Data _____