

DA COMPILARE IN TUTTE LE SUE PARTI A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE
INDISPENSABILE ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Cognome _____ Nome _____

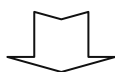
Nato/a _____ il _____ Peso (kg) _____

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

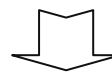
PER LA PRENOTAZIONE:

Se e-GFR ≥ 30



prenotazione CUP

Se e-GFR < 30



prenotazione in Neuroradiologia/Radiologia

In caso di e-GFR < 30 è opportuno ripetere la valutazione dell'e-GFR 48/72 ore DOPO l'esame

Fattori di rischio:

Nota Familiarità per Insufficienza Renale SI NO

Attuale assunzione di farmaci potenzialmente dannosi per la funzionalità renale in tp cronica continuativa* (ad es. Ciclosporina, Cisplatino, Aminoglicosidi, FANS, Interleukina-2, altro: _____) SI NO

Asma instabile e non controllata da adeguata terapia; pregresse reazioni allergiche gravi (anafilassi severa); reazioni allergiche in atto nonostante adeguata terapia; mastocitosi; pregressa anafilassi idiopatica *¹ SI NO

Diabete Mellito (se in terapia con metformina e e-GFR < 30, sospenderla il giorno dell'esame e riprenderla 48/72 ore dopo dell'esame, previa stabilità dell'e-GFR) SI NO

Insufficienza cardiaca congestizia (grado 3-4 NYHA) FE ≤ 35 % SI NO

Anamnesi di gotta SI NO

Noto ipertiroidismo non trattato SI NO

Nota precedente somministrazione di MDC SI NO

Note Precedenti reazioni allergiche a MDC*¹ (specificare tipo reazione: _____) SI NO

* se possibile è raccomandata la sospensione del farmaco

*¹ in caso di risposta affermativa è necessario eseguire premedicazione (vedi S PA 61_01)

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 _____