



AUTORIZZAZIONE AL MEZZO DI CONTRASTO (MDC) IODATO PER VIA INIETTIVA

La **CREATININEMIA** del Sig./ra è pari a mg/dL,
 creatininemia eseguita in data

Nota 1: non sono accettati esami antecedenti ai 3 mesi;

Nota 2: **una creatininemia uguale o superiore a 1,5 mg/dL richiede valutazione specialistica** per il comprovato rischio di nefropatia da MDC. **L'esame non potrà essere eseguito nella data programmata.** Il paziente deve recarsi al più presto in Radiologia per un nuovo appuntamento e per mettere in atto una specifica terapia preventiva.

LA VALUTAZIONE CLINICO-ANAMNESTICA del Sig./ra è:

- NEGATIVA** per comprovato rischio allergico, gravi forme di insufficienza renale, epatica o cardiovascolare, paraproteinemia di Waldestrom o mieloma multiplo.

Non esistono pertanto controindicazioni all'uso di mezzi di contrasto iodati per via iniettiva.

POSITIVA per:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comprovato rischio allergico | <input type="checkbox"/> Paraprotememia di Waldestrom |
| <input type="checkbox"/> Grave insufficienza renale | <input type="checkbox"/> Mieloma multiplo |
| <input type="checkbox"/> Grave insufficienza epatica | <input type="checkbox"/> assunzione di METFORMINA (non controindica l'infusione di MDC). |
| <input type="checkbox"/> Grave insufficienza cardiovascolare | |

Nota 1: esami di laboratorio e soprattutto la VFG inferiore a 50, definiscono il rischio di insufficienza renale acuta da MDC. **L'esame resta eseguibile.**

Nota 2: VFG inferiore a 30; **infusione del MDC controindicata.** solitamente l'esame con MDC non è eseguibile; indicazioni particolari vanno valutate caso per caso congiuntamente con lo Specialista nefrologo.

Il Medico Curante
(timbro e firma)

***** RISERVATO AL PAZIENTE *****

Il sottoscritto Sig./ra dichiara di essere stato informato/a dal Medico curante sulla necessità di sottoporsi ad uno dei seguenti esami e sugli eventuali rischi legati alla loro esecuzione.

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tomografia Comp. | <input type="checkbox"/> Cistografia retrograd | <input type="checkbox"/> Flebografia |
| <input type="checkbox"/> Urografia | <input type="checkbox"/> Isterosalpingo | |
| <input type="checkbox"/> Pielografia ascend. | <input type="checkbox"/> Arteriografia | |

Data

Il Paziente