



Casa di cura "VILLA SERENA" S.p.A.
CENTRO DI RIABILITAZIONE
CARDIOCIRCOLATORIA, RESPIRATORIA,
NEUROMOTORIA E LUNGODEGENZA

10045 PIOSSASCO, Via Magenta 45
Telefono : 011/90.39.888(centralino) – 011/90.39.622 (prenotazioni)
Fax : 011/904.22.11 E-mail: posta@villaserenapiossasco.it
Sito Internet: <http://www.villaserenapiossasco.it>

MODULO
RAD1

Revisione: 02
26/07/2018

SERVIZIO DI TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA

Modulo riservato al Medico curante
per la richiesta di esami radiologici con utilizzo di mezzi di contrasto organiodati

Per il Sig/Sig.ra _____

Esame richiesto _____

Paziente affetto/a da (diagnosi o sospetto diagnostico circostanziato) _____

Il Paziente: _____ è già stato _____ non è mai stato

sottoposto ad esami radiologici con l'uso di mezzi di contrasto (TAC, Urografia angiografia).

In caso affermativo specificare se ha manifestato una reazione allergica al mezzo di contrasto:

nessuna reazione reazione lieve reazione grave

Precedenti allergici di altra natura _____ NO SI

In caso affermativo specificare: _____

- Grave sofferenza miocardica e insufficienza cardio-circolatoria	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
- Forme di grave insufficienza renale o epatica	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
- Diabete, paraproteinemie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
- Trattamento con farmaci β bloccanti, biguanidi, interleukina 2	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
- Assunzione di Alcool droghe	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
- Recente trattamento chemioterapico (7 gg.)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
- Paziente con angioedema ricorrente, mastocitosi o anafilassi idiopatica in quanto è necessaria premedicazione	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

In caso di asma bronchiale sintomatico o orticaria in atto se possibile rimandare l'esame fino alla stabilizzazione del quadro clinico

Il Paziente è stato informato in maniera esauriente circa l'utilità dell'indagine stessa.

IL MEDICO CURANTE

Data: _____

Esame richiesto:

Creatininemia con valutazione eGFR non antecedente 1 mese

La stima del eGFR non è applicabile nelle donne in gravidanza, nei soggetti defedati e/o affetti da patologie multiple. In questi casi è necessario determinare la clearance della creatinina. Vanno pure esclusi dal calcolo soggetti di età < 18 anni e > 75 anni