

MODULO DI RICHIESTA PER ESAMI RADIOLOGICI CON MEZZI DI CONTRASTO IODATI

(ai sensi della nota del M.d.S. del 17/08/1997)

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ Via _____ Tel _____

Esame richiesto _____

Medico Curante _____ Tel _____

PER LA CORRETTA VALUTAZIONE CLINICO-ANAMNESTICA È INDISPENSABILE CONOSCERE DATI RELATIVI A:

- | | | |
|--|----|----|
| - Comprovato rischio allergico a contrasti organo-iodati | SI | NO |
| - Comprovato rischio allergico a FARMACI | SI | NO |
| se SI specificare..... | | |
| - Insufficienza epatica grave | SI | NO |
| - Insufficienza renale grave | SI | NO |
| - Insufficienza cardio-vascolare grave | SI | NO |
| - Anamnesi per mieloma | SI | NO |
| - Trattamento in atto con farmaci (β bloccanti, biguanidi, interleukina) | SI | NO |
| se SI specificare | | |
| - Assunzione di alcool, droghe | SI | NO |

*Timbro e FIRMA del Medico Curante***Esami da ESEGUIRE e da PRESENTARE all'atto della prenotazione:**

>Creatinina

>Quadro siero proteico (QSP)

>Elettrocardiogramma

Gli ESAMI DEL SANGUE eseguiti presso il nostro Laboratorio vengono consegnati il giorno dopo.

Per prepararsi all' ESAME TC con mezzo di contrasto, si consiglia quanto segue:

1. Mantenere un'abbondante idratazione, bevendo almeno 1,5 litri di acqua il giorno prima dell'esame.
2. Digiuno per almeno 6 ore prima dell'esame.
3. Continuare ad assumere la terapia domiciliare abituale come prescritto dal proprio medico di base, ad eccezione di Metformina, che deve essere sospesa il giorno dell'esame.

www.biocontrol.itViale F.e G. Falcone 5/7 - 87100 COSENZA Tel. 098435705 Fax 0984010020 email: info@biocontrol.it
Via Schiavello snc - 87012 CASTROVILLARI (CS) Tel. 0981070012 Fax 09811895045 email: info-castrovillari@biocontrol.it