



**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Padova**

DIAGNOSTICA RADIOLOGICA CON MEZZI DI CONTRASTO ORGANOIODATI E

PARAMAGNETICI PER VIA INIETTIVA
(Circolare Ministeriale del 17.09.1997)

La valutazione clinico-anamnestica per il Sig./ra

per il/la quale propongo l'indagine.....

☐ su proposta di.....

☐ per la seguente motivazione clinica:

.....

☐ nel sospetto diagnostico di

.....

è

[] **NEGATIVA** per comprovato rischio allergico a contrasti iodati o altre sostanze, gravi forme di insufficienza epatica, renale o cardiovascolare, paraproteinemia di Waldestrom o mieloma multiplo. Non esistono pertanto controindicazioni all'uso di mezzi di contrasto organiodati e paramagnetici per via iniettiva.

[] **POSITIVA** per:

[] Comprovato rischio allergico a contrasti iodati o altre sostanze

[] Insufficienza epatica grave

[] Insufficienza renale grave

[] Insufficienza cardiovascolare grave

[] Paraproteinemia di Waldestrom

[] Mieloma multiplo

Allegati esami di laboratorio e referti diagnostici che definiscono il grado delle condizioni patologiche.

Il/la paziente attualmente è in terapia con i seguenti farmaci (con particolare riferimento al Biguanidi e alle Interleuchine 2):

[].....

[].....

[].....

[].....

[] Effettuata premedicazione per rischio allergico con

Il Medico Curante

(T i m b r o e f i r m a)

N.B. Il modulo deve essere compilato in tutte le sue parti