

## PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome (paziente) \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_ Sesso  Maschile  Femminile

Esame Richiesto \_\_\_\_\_

Quesito Clinico \_\_\_\_\_

### EVENTUALI MALATTIE NOTE: barrare se presenti

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Malattie respiratorie (Enfisema, BPCO)          | <input type="checkbox"/> Diabete   |
| <input type="checkbox"/> Nefropatia o Insufficienza Renale               | <input type="checkbox"/> Malattie di cuore   |
| <input type="checkbox"/> Asma o Allergopatia trattata farmacologicamente | <input type="checkbox"/> Facilità al sanguinamento/ in terapia anticoagulante se SI, specificare _____ |

PRECEDENTI SOMMINISTRAZIONI DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO:  SI  NO

PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE A MEZZI DI CONTRASTO IODATO:  SI\*  NO

\*se SI, seguire la premedicazione riportata a fine modulo

PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE A FARMACI:  SI\*  NO

\*se SI, specificare a quali farmaci \_\_\_\_\_ e seguire la premedicazione riportata a fine modulo

#### Indicare i valori dei seguenti esami ematochimici:

per chi è in terapia anticoagulante gli esami devono essere eseguiti al massimo 1-2 giorni prima della procedura;

per chi non è in terapia anticoagulante gli esami possono essere eseguiti fino a 1 mese prima della procedura.

PT \_\_\_\_\_ PTT \_\_\_\_\_ INR \_\_\_\_\_ PIASTRINE \_\_\_\_\_ data degli esami: \_\_\_\_\_

Creatininemia (mg/dl) \_\_\_\_\_ GFR (stimato con formula MRDR) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
(non anteriore 90gg)

- GFR > 45** si può eseguire l'esame
- GFR tra 30 e 45** vedi allegate raccomandazioni a fine pagina
- GFR < 30** l'esame verrà eseguito dopo consulenza nefrologica

PER LA DONNA: stato di gravidanza  SI  NO

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Timbro e Firma per esteso del **Medico Curante** o Specialista

**Nel caso in cui l'indagine richiesta preveda l'utilizzo di mezzo di contrasto È NECESSARIO ESSERE A DIGIUNO DA ALMENO 6 ORE, ad esclusione dell'acqua e dei farmaci abitualmente assunti.**

**CONSENSO INFORMATO PER  
COLANGIOGRAFIA TRANSEPATICA  
E POSIZIONAMENTO DI DRENAGGIO  
E/O ENDOPROTESI BILIARE**

**PARTE RISERVATA AL MEDICO RADIOLOGO**

CONSULTO CON ANESTESISTA  SI  NOACCETTAZIONE DELL'ESAME  SI  NO \_\_\_\_\_

(Se NO specificare il motivo)

SOSTITUZIONE ESAME PROPOSTO CON \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Medico Radiologo

**\* IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER PRECEDENTI REAZIONI DI TIPO ALLERGICO  
A MEZZI DI CONTRASTO O GRAVI REAZIONI ALLERGICHE A FARMACI  
SI RACCOMANDA LA SEGUENTE PREPARAZIONE DESENSIBILIZZANTE:**

**1. 24 ore prima dell'esame:**

assumere 4 compresse di **PREDNISONONE** da 25mg (1 compressa ogni 6 ore) oppure  
4 fiale di **METILPREDNISOLONE** da 20mg endovena (1 fiala ogni 6 ore)

**2. 3 ore prima dell'esame:**

assumere 1 compressa di **DESLORATADINA** da 5 mg

**3. 12 ore dopo l'esame:**

assumere 1 compressa di **PREDNISONONE** da 25mg oppure  
1 fiala di **METILPREDNISOLONE** da 20mg endovena

**L'esame radiologico non verrà eseguito qualora il paziente con anamnesi positiva per reazioni allergiche non risultasse preparato secondo le prescrizioni sopra specificate.**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Timbro e Firma per esteso del Medico curante o Specialista

## **RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE DEL DANNO RENALE DA MDC IODATO NEL PAZIENTE AMBULATORIALE**

**eGFR\* < 45 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>**  
*somministrazione intravenosa del MDC*

1. **Sospendere** Metformina, Ace-Inibitori, Fans, Sartani, Diuretici dell'ansa, Aminoglicosidi ed Antivirali 24 ore prima della procedura

2. Idratazione per via orale:

- ✓ *il giorno prima della procedura: 1500 ml di acqua*
- ✓ *al mattino della procedura: 500 ml di acqua*
- ✓ *dopo la procedura: 1000 ml di acqua*
- ✓ *il giorno successivo alla procedura: 1500 ml di acqua*

3. N-Acetilcisteina Fluimucil 600 mg cpr :

- ✓ *la sera prima della procedura: 2 cpr*
- ✓ *al mattino della procedura: 2 cpr*
- ✓ *la sera della procedura: 2 cpr*
- ✓ *il mattino successivo alla procedura: 2 cpr*

4. Controllo domiciliare della diuresi

5. Raccomandato controllo funzionalità renale (eGFR o Clearance creat.) 48 ore dopo la procedura soprattutto nei Pazienti che dovranno riprendere l'assunzione di farmaci nefrotossici

\* Per soggetti con età > 70 aa./ < 18 aa, Donne in Gravidanza, Obesi, Bodybuilders, Sarcopenia e sospetta insufficienza renale acuta: utile eseguire Clearance della Creatinina per un corretta stadiazione della funzionalità renale prima della procedura.