



OSPEDALE FATEBENEFRAPELLI E OFTALMICO

Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale
MILANO

Sistema Sanitario



Presidio Fatebenefratelli e Oftalmico S.C. DI RADIOLOGIA

Ingresso da Piazzale Principessa Clotilde
Palazzina Medicine – Piano Sotterraneo

tel. 0263632980-2981

Milano, _____

**ALLA CORTESE ATTENZIONE DEI SIGG. PAZIENTI CHE SI SOTTOPONGONO AD
ESAMI RADIOLOGICI CON UTILIZZO DI MEZZO DI CONTRASTO PER VIA
ENDOVENOSA O ARTERIOSA.**

**QUESTO MODULO, COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI, DEVE ESSERE
CONSEGNATO AL MEDICO RADIOLOGO IL GIORNO DELL'ESAME.
(SE IL PAZIENTE E' MINORENNE, LA FIRMA DEVE ESSERE DEL GENITORE
O DI CHI NE FA LE VECI).**

In base ad un responsabile rapporto medico-paziente, diamo le opportune informazioni sull'esame richiesto dal Medico di Medicina Generale o dal Medico Specialista.

L'indagine prevede l'iniezione di mezzo di contrasto, che consente di visualizzare organi ed apparati del corpo umano altrimenti non evidenziabili e quindi non studiabili.

L'iniezione di mezzo di contrasto comporta il rischio di reazioni avverse (peraltro le reazioni gravi o addirittura pericolose per la vita sono rarissime!), rischio che può essere minimizzato valutando l'idoneità del Paziente tramite la valutazione clinica delle possibili controindicazioni da parte del suo Medico Curante e l'esecuzione degli esami di laboratorio elencati sul retro.

In casi particolari potranno essere richiesti esami aggiuntivi.

Inoltre la nostra Azienda Ospedaliera è dotata di Servizi e Strutture quali la Rianimazione, che permettono un'ulteriore riduzione del rischio (già basso) di eventi gravi e irreparabili.

Se il Paziente soffre di problemi allergici o ha avuto episodi di intolleranza in occasione di altri esami con mezzo di contrasto, lo deve segnalare sul modulo ed al Medico Radiologo.

ACCETTO DI ESEGUIRE L'ESAME

NON ACCETTO DI ESEGUIRE L'ESAME

Firma del Medico Radiologo

Firma del Paziente

(Se minorenne firma del genitore o di chi ne fa le veci)

**ESAMI DA ESEGUIRE PRIMA DELL'ESECUZIONE DI INDAGINI RADIOLOGICHE
CON MEZZO DI CONTRASTO (VALIDITA' 3 MESI)**

- Glicemia
- Creatininemia
- Elettroforesi sieroproteica con tracciato

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE

Paziente: Cognome _____ Nome _____

Esame da Effettuare: _____

Quesito Clinico: _____

In base alle mie attuali conoscenze il Paziente risulta:

- | | | |
|---|-----|----|
| - affetto da pregresse reazioni allergiche in occasione di esami contrastografici | SI' | NO |
| - affetto da allergie | SI' | NO |
| - affetto da insufficienza cardio-vascolare grave (NYHA III/IV) | SI' | NO |
| - In trattamento con: Beta-Bloccanti, Biguanidi, Interleukina | SI' | NO |

Data _____

Firma e Timbro del Medico Curante

-
- **PRESENTARSI ALL'ESAME A DIGIUNO**
 - **DOPO L'ESAME BERE ABBONDANTE ACQUA**
-

I pazienti che devono sottoporsi ad **UROGRAFIA** devono attuare la seguente preparazione il giorno precedente l'esame:

ore 12.00 – Pranzo

ore 14.30 – Ingerire 8 confetti di PURSENNID

ore 20.30 – Astenersi dalla cena; ingerire gr. 10 di Solfato di Magnesio sciolto in un bicchiere d'acqua

DURANTE LA GIORNATA BERE ABBONDANTEMENTE ACQUA NATURALE

PRESENTARSI ALL'ESAME A DIGIUNO