

Alla cortese attenzione del Medico Curante

Qualora dall'anamnesi risultino: precedenti reazioni avverse dopo l' utilizzo di mezzi di contrasto (per es. a base di iodio o di gadolinio); presenza di asma bronchiale o orticaria-angioedema non controllati dalla terapia farmacologica; mastocitosi se diagnosticata; pregressa anafilassi idiopatica (ovvero storia di episodi/o di anafilassi in cui non è riconoscibile la causa scatenante) il Curante deve preventivamente consultarsi con il medico radiologo per valutare se esistano metodiche diagnostiche alternative e meno rischiose.

L'allergia a molluschi, crostacei, pesci o altri alimenti non è da considerarsi fattore di rischio per reazioni da ipersensibilità a MdC. Anche l'allergia ad altre categorie di farmaci non è da considerare un fattore di rischio per tali reazioni. Un'anamnesi positiva per reazioni da ipersensibilità ad antisettici iodati, quali soluzione di iodopovidone (Betadine) e iodoformio, non costituisce un fattore di rischio per reazioni a MdC a base di iodio.

Successivamente, nel caso si decida di procedere all' indagine, dovrà essere attuato e attestato il seguente trattamento farmacologico preparatorio all'indagine radiologica con uso di MdC iodato/paramagnetico per via endovenosa, allo scopo di ridurre e/o prevenire reazioni allergiche, secondo il seguente schema (salvo diverso parere del Medico Curante):

DATI PAZIENTE

Cognome **Nome**

Data di nascita **AMB** **RICOV** **Reparto**

A DOMICILIO o IN REPARTO : (compilazione a cura del paziente o Reparto)

13 ORE prima dell'esame	PREDNISONE 50 mg in compresse per os (ad esempio 2 compresse di Deltacortene forte®)	Ore Del giorno
7 ORE prima dell'esame	PREDNISONE 50 mg in compresse per os	Ore Del giorno
1 ORA prima dell'esame (PRESENTARSI IN RADIOLOGIA PER I PAZIENTI ESTERNI)	PREDNISONE 50 mg in compresse per os CETIRIZINA 10 mg 1 compressa per os	Ore Del giorno

E' inoltre utile consigliare al paziente un'abbondante idratazione prima e dopo l'esame, per accelerare l'eliminazione del mezzo di contrasto per via renale, soprattutto nei casi di insufficienza renale ed epatica.

Il sottoscritto **conferma che è stata effettuata la suddetta terapia secondo lo schema riportato.**

Firma del paziente (o del medico di reparto)

.....

Il sottoscritto medico radiologo prende atto dell'effettuazione della terapia preventiva sopra riportata.

Firma del medico Radiologo

Data

.....