

CENTRO MEDICO SANTA VITTORIA

ISTRUZIONI PER ESECUZIONE TAC CON MEZZO DI CONTRASTO

Gentile Assistito/a, per poter eseguire la TC con Mezzo di Contrasto **è obbligatorio portare** tutta la documentazione di seguito richiesta:

- La **ricetta** del Servizio Sanitario Nazionale;
- Se la ricetta suddetta è stata rilasciata dal Medico di Famiglia allora è necessaria anche la **prescrizione** del medico **specialista**;
- Gli esami eseguiti precedentemente, compresi di **cd con le immagini**;
- La tessera sanitaria;
- il **questionario** sotto riportato, compilato dal Medico di Famiglia;
- I risultati della seguente analisi di laboratorio eseguita al massimo 30 giorni prima:
CREATININA (in caso non venga effettuata, l'esame **NON** sarà eseguito);

Il giorno dell'esame: bisogna essere **digiuni** da almeno 5 ore e presentarsi non meno di 20 minuti prima dell'orario dell'appuntamento per eseguire l'accettazione.

Se si deve eseguire TC addome inferiore o completo, **bere** mezzo litro d'acqua 30 minuti prima ed un altro mezzo litro 5 minuti prima (l'esame deve essere eseguito a vescica piena).

Per i pazienti **diabetici**: se sotto terapia ipoglicemizzante con biguanidi (per esempio **metformina**), deve essere sospesa il giorno dell'esame, oppure sostituita con altro farmaco su supervisione del Medico di Famiglia.

In caso di ipertiroidismo non compensato, si deve eseguire prima una visita endocrinologica.

CONTATTARE il Centro almeno 5 giorni prima per istruzioni in caso di:

- Qualsiasi tipo di **REAZIONE AVVERSA/ALLERGICA** al mezzo di contrasto;
- Asma;
- Mastocitosi;
- Valore dell'eGFR minore di 45 e/o valore della **Creatinina maggiore di 1,3 mg/dL**;
- Risposta affermativa ad uno o più dei quesiti riportati nel Questionario compilato dal Medico di Famiglia.

I pazienti rientranti anche solo in uno dei seguenti casi, **NON POTRANNO SVOLGERE L'ESAME** nel nostro Centro:

- **documentazione** richiesta incompleta;
- precedente **reazione avversa/allergica** al mezzo di contrasto;
- reazione allergica in atto (ad esempio orticaria o rinite allergica);
- con il valore **eGFR** < 30;
- con ipertiroidismo non compensato;
- con miastenia gravis;
- con Sindrome di Brugada
- pregresso evento di edema della glottide/laringe;
- che devono eseguire lo studio del cuore e/o delle coronarie;
- che devono eseguire la colonscopia virtuale.

In caso non sia possibile presentarsi all'appuntamento, è obbligatorio **disdire** la prenotazione almeno **due giorni** lavorativi prima della data fissata. In caso di mancata comunicazione si è tenuti al pagamento di una **penale** ai sensi della Delibera Regionale n. 23/25 del 09.05.2017.

CENTRO MEDICO SANTA VITTORIA

QUESTIONARIO CLINICO TC CON MDC PER IL MEDICO DI FAMIGLIA

Caro/a Collega,

in accordo con quanto indicato nella nota del Ministero della Sanità prot. 900 VI/11.AG./6542 del 17.9.1997, ti chiediamo di compilare e sottoscrivere il questionario sottoesposto in modo da avere una precisa valutazione delle condizioni del paziente.

Sig/ra _____

Età _____ Peso _____ Altezza _____

Insufficienza epatica grave	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Ipertiroidismo clinicamente manifesto	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Insufficienza cardiovascolare grave	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Sindrome di Brugada	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Insufficienza renale modesta/grave	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Paraproteinemia di Waldenstrom	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Diabete in trattamento con Metformina	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Mieloma multiplo	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Trattamento con Interleuchina-2	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Miastenia grave	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Asma che richiede trattamento medico	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Orticaria o angioedema cronici	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
Mastocitosi	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Pregressa anafilassi idiopatica	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

Ipersensibilità al Mezzo Di Contrasto iodato (TC) NO SI MAI SOMMINISTRATO

Ipersensibilità al Mezzo Di Contrasto paramagnetico NO SI MAI SOMMINISTRATO

Diatési allergiche: NO SI

se sì, quali: _____

Eventuali informazioni da segnalare:

In caso di **risposta affermativa ad uno o più** dei suddetti quesiti, il paziente **DEVE INVIARE** questo modulo almeno 5 giorni prima all'indirizzo e-mail **tac@cmsantavittoria.it**, in modo da poter valutare l'effettiva eseguibilità dell'esame.

Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO DI FAMIGLIA

SEZIONE COMPILATA A CURA DELLO STAFF DEL CENTRO MEDICO SANTA VITTORIA

Valore Creatinina _____ Valore eGFR _____

Per presa visione

Il Medico Anestesista _____ Il Medico Radiologo _____