

# 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** (se possibile con calcolo eGFR);

**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;
- con il valore **eGFR < 30**;
- con ipertiroidismo non compensato;
- con miastenia gravis;
- pregresso evento di edema della glottide/laringe;
- che devono eseguire lo studio del cuore e/o delle coronarie.

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

Diatesi allergiche:  NO  SI

se si, 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 MEDICO DEL CENTRO

Valore Creatinina \_\_\_\_\_ Valore eGFR \_\_\_\_\_

Per presa visione

Il Medico Anestesista \_\_\_\_\_ Il Medico Radiologo \_\_\_\_\_