



Casa di cura "VILLA SERENA" S.p.A.
CENTRO DI RIABILITAZIONE
CARDIOCIRCOLATORIA, RESPIRATORIA,
NEUROMOTORIA E LUNGODEGENZA
Direttore Sanitario: Dott. Gian Piero ICARDI
10045 PIOSSASCO, Via Magenta 45
Telefono: 011/90.39.888(centralino)- 011/90.39.820(prenotazioni)
E-mail: posta@villaserenapiossasco.it
Sito Internet: <http://www.villaserenapiossasco.it>

**MODULO
RAD1**

Rev. 5
11/01/2024

SERVIZIO DI TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA

Modulo riservato al Medico curante

per la richiesta di esami radiologici con utilizzo di mezzi di contrasto organo-iodati

Per il Sig/Sig.ra _____

Esame richiesto _____

Paziente affetto/a da (diagnosi o sospetto diagnostico circostanziato) _____

Il Paziente: _____ è già stato _____ non è mai stato
sottoposto ad esami radiologici con l'uso di mezzi di contrasto (TAC, Urografia, angiografia).

In caso affermativo specificare se ha manifestato una reazione allergica al mezzo di contrasto:
nessuna reazione reazione lieve reazione grave

Precedenti allergici di altra natura NO SI

In caso affermativo specificare: _____

- | | |
|---|---|
| - Grave sofferenza miocardia e insufficienza cardio-circolatoria | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| - Forme di grave insufficienza renale o epatica | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| - Diabete, paraproteinemie | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| - Trattamento con farmaci beta-bloccanti, biguanidi, interleukina 2 | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| - Assunzione di Alcool droghe | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| - Recente trattamento chemioterapico (7 gg.) | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| - Paziente con angioedema ricorrente, mastocitosi o anafilassi idiopatica in quanto è necessaria premedicazione | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |

In caso di asma bronchiale sintomatico o orticaria in atto se possibile rimandare l'esame fino alla stabilizzazione del quadro clinico.

Il Paziente è stato informato in maniera esauriente circa l'utilità dell'indagine stessa.

IL MEDICO CURANTE

Data: _____

Esame richiesto: Creatinina con valutazione eGFR non antecedente 1 mese.

La stima del eGFR non è applicabile nelle donne in gravidanza, nei soggetti defedati e/o affetti da patologie multiple. In questi casi è necessario determinare la clearance della creatinina.

Sono esclusi dal calcolo anche i soggetti di età < 18 anni e > 75 anni.