



L'esame, richiesto dal Suo Medico, verra' eseguito il giorno ..... del mese di .....  
alle ore .....

**La preghiamo di portare con se' gli esiti dei sottoelencati esami oltre ad eventuali documenti radiologici precedenti (referti, radiografie ) inerenti l'esame in oggetto, anche se eseguiti in altra sede.**

### **PREPARAZIONE**

#### Pulizia intestinale

La preparazione consiste unicamente nella somministrazione, nel giorno precedente l'esame alle ore 15 circa, di 30 gr. di **solfato di magnesio** (sali inglesi disciolti in UN bicchiere di acqua tiepida ed accompagnati dalla successiva assunzione di 2 – 3 bicchieri d'acqua non gassata (uno ogni mezz'ora ).

La sera precedente l'esame cenare con una tazza di brodo.

#### AVVERTENZE:

- Non eseguire clisteri di pulizia
- Non bere bevande gassate
- Presentarsi allo sportello della Radiologia all'ora prestabilita a digiuno.

### **SOMMINISTRAZIONE MEZZO DI CONTRASTO**

Per la somministrazione di mezzo di contrasto per via iniettiva sono necessari:

- **digiuno da almeno 6 ore** (con l'esclusione dei farmaci abitualmente assunti che possono essere ingeriti o di acqua);
- esecuzione preliminare dei seguenti esami: **CREATININEMIA, GLICEMIA, PROTIDOGRAMMA** totale e frazionato.

La invitiamo a compilare il questionario preferibilmente con l'aiuto del medico curante-richiedente volto ad accertare patologie o fattori di rischio che controindichino l'utilizzo di mezzi di contrasto per via endovenosa. La invitiamo inoltre a segnalare tempestivamente al personale incaricati eventuali precedenti episodi di intolleranza a medicinali e/o mezzi di contrasto utilizzati per via iniettiva.

Nome e cognome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Ha mai avuto fenomeni allergici stagionali o dopo medicinali, alimenti, anestetici?	SI	NO
Ha mai effettuato esami con infusione di mezzo di contrasto e.v?	SI	NO
Ha avuto in passato disturbi dopo infusione di mezzo di contrasto e.v. ?	SI	NO
E' in stato di gravidanza?	SI	NO
E' affetto/a da ipertiroidismo?	SI	NO
E' affetto/a da mieloma multiplo o m. di Waldenstrom ?	SI	NO



E' affetto/a da insufficienza renale grave?	SI	NO
E' affetto/a da grave sofferenza del miocardio ?	SI	NO
E' affetto/a da diabete mellito ?	SI	NO
E' in trattamento con farmaci (beta-bloccanti, biguanidi, interleukina, fans) ?	SI	NO

Data

IL MEDICO CURANTE/PRESCRIVENTE  
Timbro e firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE O DI CHI NE HA LA TUTELA

Il/La sottoscritto/a..... dichiara sotto la propria  
responsabilità di aver assunto tutti i farmaci prescritti secondo lo schema allegato.

Firma del paziente.....

Data inizio preparazione .....

Data esecuzione esame .....