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**.

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

_____