

 <b>VILLA SANTA TERESA</b> <small>BAGHERIA</small> <small>DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA</small>	<i>Villa Santa Teresa Diagnostica per Immagini e Radioterapia S.r.l.</i>		Pagina 1 di 1	
	Modulistica Sanitaria		Data di Emissione: 01/09/2011	
	<b>MOD DXS016</b>	<b>DIAGNOSTICA RADIOLOGICA CON MEZZI DI CONTRASTO ORGANOIODATI E PARAMAGNETICI PER VIA INIETTIVA (Circolare Ministeriale del 17.09.1997)</b>		Rev.:01
				Data Ultima Revisione: 01/09/2011

La valutazione clinico-anamnestica per il Sig./ra .....  
per il/la quale propongo l'indagine .....  
su proposta di .....  
per la seguente motivazione clinica .....  
nel sospetto diagnostico di .....  
È .....

**NEGATIVA**

per comprovato rischio allergico a contrasti iodati o altre sostanze, gravi forme di insufficienza epatica, renale o cardiovascolare, paraproteinemia di Waldestrom o mieloma multiplo. Non esistono pertanto controindicazioni all'uso di mezzi di contrasto organoiodati e paramagnetici per via iniettiva.

**POSITIVA**

- Comprovato rischio allergico a contrasti iodati o altre sostanze
- Insufficienza epatica grave
- Insufficienza renale grave
- Insufficienza cardiovascolare grave
- Paraproteinemia di Waldestrom
- Mieloma multiplo
- Insufficienza epatica grave
- Insufficienza renale grave
- Insufficienza cardiovascolare grave
- Paraproteinemia di Waldestrom
- Mieloma multiplo

*Allegare esami di laboratorio e referti diagnostici che definiscono il grado delle condizioni patologiche.*

Il/la paziente attualmente è in terapia con i seguenti farmaci (con particolare riferimento al Biguanidi e alle Interleuchine 2)  
.....  
.....

Effettuata premedicazione per rischio allergico con .....

**Firma e Timbro del Medico Curante**

**Firma del Paziente**

**N.B. Il modulo deve essere compilato in tutte le sue parti**