

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE L'ESAME

DATI PAZIENTE

Cognome _____	Esame richiesto _____
Nome _____	Quesito clinico _____
Nato/a il ____/____/____ Peso (kg) _____	_____

Per una corretta valutazione clinico-anamnestica è indispensabile conoscere dati relativi a:

• **Funzione renale:** eGFR = _____ mL/min e/o creatininemia _____ mg/dl (eseguito in data _____)

Funzione renale da valutare entro 3 mesi nel paziente ambulatoriale stabile, entro 7 giorni nel paziente instabile e/o ospedalizzato.

L'eGFR è calcolabile con formule dedicate disponibili on line, quale ad esempio la formula CKD-EPI (applicazione eGFR Calculators of National Kidney Foundation per iOS e Android).

Protocollo di nefroprotezione: $30 \leq \text{eGFR} \leq 60$: idratazione orale --- $15 \leq \text{eGFR} < 30$: idratazione ev --- $\text{eGFR} < 15$: consulenza nefrologica

Terapia con Metformina: ☐ NO

☐ SÌ (se $\text{eGFR} < 30$ mL/min sospendere il farmaco)

• **Precedenti reazioni avverse a MDC iodato:** ☐ NO ☐ SÌ - se SÌ eseguire la sottostante premedicazione 1.

Se SÌ indicare:

☐ Reazione acuta (entro poche ore) ☐ Reazione ritardata (>6 h ed entro una settimana)

Descrizione dei sintomi: _____

Nome del MDC e data dell'esame _____

1. Premedicazione dei pazienti con pregressa reazione allergica a MDC iodato

13 ORE prima dell'esame radiologico	PREDNISONE 50 mg per os (2 cp di Deltacortene 25 mg)
7 ORE prima dell'esame radiologico	PREDNISONE 50 mg per os
1 ORA prima dell'esame radiologico	PREDNISONE 50 mg per os + CETIRIZINA 10 mg per os

Condizioni del paziente che aumentano il rischio di reazione allergica a MDC:

Se affetto da una delle condizioni elencate eseguire la sottostante premedicazione 2.

☐ mastocitosi sistemica

☐ orticaria/angioedema cronica non controllata da terapia

☐ angioedema ricorrente

☐ pregressa anafilassi idiopatica

☐ asma bronchiale instabile, non controllato da terapia (ev. valutazione mediante test di controllo dell'asma)

☐ nessuna delle condizioni sopraelencate

2. Premedicazione dei pazienti con condizioni di aumentato rischio di reazione allergica a MDC

12 ORE prima dell'esame radiologico	PREDNISONE 50 mg per os (2 cp di Deltacortene 25 mg)
2 ORE prima dell'esame radiologico	PREDNISONE 50 mg per os + CETIRIZINA 10 mg per os
1 ORA prima dell'esame radiologico	MONTELUKAST 10 mg per os

Medico Richiedente _____ tel. _____ data _____

Firma del Medico Richiedente _____