

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 creatinemia _____ 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 ≤ eGFR ≤ 60: idratazione orale --- 15 ≤ eGFR < 30: idratazione ev --- eGFR < 15: consulenza nefrologica

Terapia con Metformina: NO

SÌ (se 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 progressa 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

progressa 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 _____