

Riservata al Medico curante / richiedente

ISTRUZIONI PER LA PREMEDICAZIONE ALLE ALLERGIE PER ESAMI TAC e RMN con MEZZO DI CONTRASTO (MDC)

La prestazione radiologica richiesta per il suo assistito prevede l'impiego di mezzo di contrasto.

Per i soggetti a rischio potenziale di reazioni avverse è stato messo a punto un protocollo di preparazione farmacologica, nell'intento di ridurne o evitarne l'insorgenza. La invitiamo a verificare l'eventuale presenza di rilievi anamnestici di natura allergica e a valutare l'idoneità del trattamento proposto di seguito.

La diagnosi certa di allergia ai mezzi di contrasto iodati (per TC) o mezzi di contrasto a base di gadolinio (per RM), risulta difficile e non esistono test affidabili per la loro diagnosi preventiva.

Per tali motivi, ai pazienti che presentano una storia CERTA di reazioni avverse a mezzi di contrasto, il medico radiologo valuterà una metodica alternativa di pari efficacia diagnostica che non necessiti di mezzo di contrasto.

Nel caso in cui non vi siano alternative viene suggerita la seguente preparazione (coerentemente con le indicazioni fornite nel documento SIRM-SIAAIC 2018), con lo scopo di prevenire o limitare le eventuali reazioni attraverso una specifica desensibilizzazione.

IN ELEZIONE:

Premedicazione per OS:

PREDNISONONE 50 mg (es. 2 COMPRESSE DI DELTACORTENE da 25 mg)

oppure

METILPREDNISOLONE 32mg (es. MEDROL fino a 32mg)

- Compresa 13 ore prima dell'esame + antistaminico (es. cetirizina)
- Compresa 7 ore prima dell'esame + antistaminico (es. cetirizina)
- Compresa 1 ora prima dell'esame + antistaminico (es. cetirizina)

Prima di assumere la profilassi consigliata La esortiamo a rivolgersi al proprio Medico Curante per:

- a. eventuale assunzione gastroprotettore
- b. controllo della glicemia e della pressione arteriosa per soggetti diabetici e/o ipertesi
- c. la compilazione del questionario sottostante

Dati del paziente:

Cognome : _____ Nome : _____ nato/a il _____

Sesso: Femminile Maschile

Manifestazioni allergiche: SÌ Quali? _____ NO

Presenza di rilievi anamnestici di natura allergica:

- Precedenti reazioni di tipo anafilattico SÌ NO
- Dermatiti allergiche da contatto SÌ NO
- Allergia alimentare SÌ NO
- Riniti allergiche SÌ NO
- Reazione a farmaci SÌ NO
- Risulta in stato di gravidanza SÌ NO

Data _____

FIRMA LEGGIBILE DEL PAZIENTE O DI CHI NE HA LA TUTELA

(specificare l'eventuale grado di parentela)

IL PRESENTE MODULO VA CONSEGNATO IL GIORNO DELL'ESAME COMPILATO IN OGNI SUA PARTE

ATTENZIONE: Qualora il Suo Medico Curante non ritenga idonea la profilassi antiallergica proposta, La preghiamo di contattare o far contattare dal Suo Medico Curante il personale Medico della struttura. È consigliabile NON sospendere eventuali altre terapie personali già in corso.

IMPORTANTE: IN CASO DI PAZIENTI CHE HANNO PRECEDENTEMENTE MANIFESTATO REAZIONI ALLERGICHE AL MEZZO DI CONTRASTO O AL LATTICE, SI PREGA DI SEGNALARLO TEMPESTIVAMENTE IL PERSONALE MEDICO DELLA STRUTTURA.

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

di AVER eseguito correttamente il protocollo di premedicazione proposto da questa struttura;

di aver effettuato un trattamento desensibilizzante diverso da quello proposto, in particolare: (allegare anche la prescrizione)

di NON AVER eseguito alcun protocollo di premedicazione pertanto:

accetta di sottoporsi all'esame senza somministrazione di MdC consapevole delle limitazioni che ciò potrebbe comportare.

accetta la premedicazione proposta in urgenza laddove esistano le condizioni.

ATTENZIONE

Si chiarisce comunque che l'adozione dei protocolli di premedicazione non esclude completamente la possibilità di reazioni allergiche lievi, moderate o severe, acute e o ritardate.

Data _____

FIRMA LEGGIBILE DEL PAZIENTE O DI CHI NE HA LA TUTELA
(specificare l'eventuale grado di parentela)

Qualora il paziente con anamnesi positiva per reazioni allergiche non esegua alcun trattamento desensibilizzante, il mezzo di contrasto non sarà somministrato.

SPAZIO RISERVATO ALLA STRUTTURA

Il Medico valuta l'idoneità del trattamento desensibilizzante effettuato, se diverso da quello proposto, e autorizza l'eventuale impiego del mezzo di contrasto.

Data _____

FIRMA DEL MEDICO