



**RILIEVO DI DATI CLINICO-ANAMNESTICI INDISPENSABILI PER ESAMI CON
 INIEZIONE ENDOVASALE DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO**

in conformità alla Nota del ministero della Sanità del 17.09.1997

Cognome Nome
 sesso: M F data di nascita / /

Esame richiesto

Quesito clinico

Dati anamnestici significativi e pregressi interventi

.....

.....

ALLERGIE NOTE

**IMPORTANTE: se sono note allergie contattare
 telefonicamente la Segreteria della Radiologia per richiedere il modulo di
 TERAPIA DESENSIBILIZZANTE da effettuarsi nei giorni precedenti l'esame**

Funzionalità

- | | normale | alterata (allegare esami significativi) |
|-------------------|--------------------------|---|
| • renale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • epatica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • cardiovascolare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Presenza di:

- paraproteinemia
- mieloma
- asma
- diabete

no	sì
no	sì
no	sì
no	sì

N.B: allegare eventuali risultati di
 esami ematochimici eseguiti

Terapia farmacologica in atto:

- biguanidi β-bloccanti interleukina eparina

Data

Timbro e firma del medico richiedente