

Questionario sicurezza CT

Gent.le Sig.ra/re, le informazioni che Le vengono di seguito richieste servono per garantire che l'esecuzione dell'odierno esame di tomografia computerizzata avvenga in condizioni di sicurezza. A tal proposito, Le chiediamo gentilmente di rispondere in maniera veritiera alle seguenti domande.

Peso: Kg **Altezza:** cm

- Per le donne: é o potrebbe essere incinta? si no Sta allattando? si no

Domande correlate alla somministrazione intravenosa dei mezzi di contrasto

A seconda del quesito diagnostico, durante l'indagine può rendersi necessario l'utilizzo di un mezzo di contrasto endovenoso per meglio rappresentare le strutture anatomiche in esame e riconoscere con maggior accuratezza le alterazioni patologiche.

- Autorizza, qualora necessario, la somministrazione di mezzi di contrasto? si no
- Soffre di ipertiroidismo non trattato? si no
- Allergie? (Presenti il suo passaporto qualora ne avesse uno) si no
- Affezione delle vie respiratorie (asma, insufficienza respiratoria, enfisema)? si no
- Ipertensione? si no
- Glaucoma? si no
- Diabete? si no
- Assume dei medicinali contro il diabete? si no
- Se si quali?
- Assume degli anticoagulanti? si no
- Se si quali?
- Le è già stato iniettato un mezzo di contrasto in via intravenosa? si no
- Se sì: ha tollerato bene il mezzo di contrasto?.....

Ho compreso le informazioni, ho risposto accuratamente a tutte le domande e do il mio consenso all'esecuzione della tomografia computerizzata

Luogo, data:

Firma del/la Paziente (o del rappresentante legale):

Firma del TRM:

Da compilare ad opera del personale specializzato **Creatinina $\mu\text{mol/l}$** **GFR ml/min**