radiomedica◆ch
Centro di radiologia Bellinzona

Etichetta paziente

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: è o potrebbe essere incinta? (sì) (no) Sta allattando? (sì) (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? (sì) (no)
- Soffre di ipetiroidismo non trattato? (sì) (no)
- Allergie? (Presenti il suo passaporto qualora ne avesse uno) (sì) (no)
- Affezione delle vie respiratorie (asma, insufficienza respiratoria, enfisema)? (sì) (no)
- Diabete, glaucoma o ipertensione? (sì) (no)
- Assume dei medicinali contro il diabete? (sì) (no)
  Se sì quali? .....
- Assume degli anticoagulanti? (sì) (no)
  Se sì quali? .....
- Le è già stato iniettato un mezzo di contrasto in via intravenosa? (sì) (no)
  Se sì: ha tollerato bene il mezzo di contrasto?.....
- Ha subito interventi chirurgici? (sì) (no)
  Anno: ..... Tipologia: .....
- Ha subito interventi al cuore? (sì) (no)
- È portatore/portatrice di un pacemaker/defribrillatore cardiaco? (sì) (no)

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 µmol/l** ..... **GFR ml/min** .....

Radiomedica.ch
Centro di radiologia Bellinzona
Viale Officina 7
CH-6500 Bellinzona
T +41 91 825 32 32
F +41 91 820 08 82
info@radiomedica.ch
radiomedica.ch