
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	REGIONE LAZIO ASL ROMA 1 DIPARTIMENTO SVILUPPO ORGANIZZATIVO UOC SICUREZZA PREVENZIONE E RISK MANAGEMENT DIRETTORE: DOTT.SSA M.QUINTILI		
	SCHEDA ANAMNESTICA VALUTAZIONE PAZIENTE CANDIDATO AD INDAGINI CON MEZZO DI CONTRASTO	REV. 0 DEL 12.03.2019	PAG. 1 DI 2

MR_PG_SPRM_14_1

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____

Esame richiesto _____

Notizie cliniche e quesito diagnostico _____

REAZIONE ALLERGICA

FATTORI DI RISCHIO	
Precedenti reazioni allergiche al mezzo di contrasto iodato	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Precedenti reazioni allergiche al gadolinio	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Se Sì specificare di che tipo _____	

Reazioni allergiche gravi ad altre sostanze	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Allergie in trattamento o Asma	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Classe paziente per Reazione Allergica	
CLASSE DI RISCHIO	AZIONE
<input type="checkbox"/> Nessun fattore di rischio	<input type="checkbox"/> Esame
<input type="checkbox"/> Classe A: Paziente con precedente allergia aspecifica di gravità tale da richiedere intervento.	<input type="checkbox"/> Allertare anestesista/rianimatore
<input type="checkbox"/> Classe B: Paziente con precedente reazione da ipersensibilità immediata moderata o severa ad un mezzo di contrasto iodato o al gadolinio.	<input type="checkbox"/> <u>Evitare</u> la somministrazione di MDC specifico <input type="checkbox"/> Considerare metodica diagnostica alternativa
<input type="checkbox"/> Classe C: Paziente con anamnesi positiva di multiple allergie o asma tali da richiedere trattamento medico continuo.	<input type="checkbox"/> Valutazione clinica <input type="checkbox"/> Allertare anestesista/rianimatore

Data _____ Il Medico richiedente _____

Data _____ Il paziente/ Parente (specificare la tipologia di parentela) _____

PER PRESA VISIONE

Data _____ Il Radiologo _____

REAZIONE NEFROTOSSICA

COMORBILITÀ	
Insufficienza renale (eGFR <60 ml/min) Valore eGFR _____	<input type="checkbox"/>
Diabete Mellito sia insulino sia non insulino dipendente	<input type="checkbox"/>
Paziente monorene	<input type="checkbox"/>
Utilizzo di farmaci nefrotossici (FANS, aminoglicosidi, immunosoppressori, chemioterapici);	<input type="checkbox"/>
Età avanzata (>70 anni);	<input type="checkbox"/>
Scompenso cardiaco (NYHA III-IV) e bassa frazione di eiezione del ventricolo sinistro - recente infarto del miocardio	<input type="checkbox"/>
Iperitiroidismo	<input type="checkbox"/>
Tumori produttori di Catecolamine (feocromocitoma, paraganglioma)	<input type="checkbox"/>
Mieloma Multiplo, paraproteinemia di Waldenstrom	<input type="checkbox"/>
Disidratazione o utilizzo di diuretici ad alti dosaggi (tali da poter indurre una significativa deplezione del volume efficace circolante);	<input type="checkbox"/>

PREMEDICAZIONE PER PREPARAZIONE ALL'ESAME

CLASSE DI RISCHIO		PREMEDICAZIONE	
		ESAMI IN ELEZIONE	ESAMI IN URGENZA EMERGENZA
classe 1 RISCHIO CIN MOLTO BASSO	<input type="checkbox"/> eGFR > 60 ml/min senza comorbilità	<input type="checkbox"/> non esegue né premedicazione né follow-up*	se non è possibile stabilire la classe di rischio, seguire la procedura come se si trattasse di paziente a rischio : <input type="checkbox"/> iniziare l'idratazione per via endovenosa al più presto.
classe 2 RISCHIO DI CIN BASSO	<input type="checkbox"/> eGFR > 60 ml/min con co-morbilità oppure <input type="checkbox"/> 45< eGFR< 59 ml/min senza comorbilità	Valutazione <input type="checkbox"/> sospensione metformina 48h prima e 48h dopo l'esame con adeguata sostituzione. <input type="checkbox"/> sospensione di altri farmaci nefrotossici. <input type="checkbox"/> follow- up* a 48h e 72h	
classe 3 RISCHIO DI CIN ALTO	<input type="checkbox"/> 45< eGFR< 59 ml/min con co-morbilità oppure <input type="checkbox"/> 30 < eGFR< 44 ml/min	Valutazione <input type="checkbox"/> sospensione metformina 48h prima e 48h dopo l'esame con adeguata sostituzione. <input type="checkbox"/> sospensione di altri farmaci nefrotossici. <input type="checkbox"/> sospensione diuretici 24h prima dell'esame. <input type="checkbox"/> idratazione endovenosa e monitoraggio diuresi 6 ore prima dell'esecuzione dell'esame e 6 ore dopo l'esame <input type="checkbox"/> riduzione di assunzione di sodio, 4 gg prima. <input type="checkbox"/> follow- up* a 48h e 72h	
classe 4 RISCHIO CIN MOLTO ALTO	<input type="checkbox"/> eGFR<30 ml/min	<input type="checkbox"/> Effettuare 2 determinazioni ravvicinate di creatinemia <input type="checkbox"/> consulenza nefrologica	

*Follow-up: controllo ematochimico della funzione renale a distanza di 48 e 72 ore per *azotemia e creatininemia.

Data _____ Il Medico richiedente _____

Data _____ Il paziente/ Parente (specificare la tipologia di parentela) _____

PER PRESA VISIONE

Data _____ Il Radiologo _____

Il medico ha provveduto ha fornito tutte le informazioni sull'utilità della procedura e le modalità di svolgimento.