



**terme s.petronio** di ESSEPIENNE S.p.A.

**antalgik**

Via Irnerio, 12/A, 12/2 e 12/3  
40126 Bologna ■ Tel 051 246534  
www.maretermalebolognese.it

Essepienne Spa, sede: Via Irnerio 10, 40126 Bo - tel 051/248406 P.Iva 03355080379 - Ufficio Registro Imprese di Bo N° 36857



## MODULO di RILEVAZIONE ANAMNESTICA

### e CONTROINDICAZIONI PER L'USO DEI MEZZI DI CONTRASTO

Dichiarazione anamnestica, attestante l'esistenza o meno di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione di mezzi di contrasto.

Si certifica che il/la sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**non presenta i seguenti particolari anamnestici:** precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzi di contrasto; altre precedenti reazioni allergiche; presenza di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione di mezzi di contrasto; grave insufficienza epatica, grave insufficienza renale, grave insufficienza cardiaca, paraproteina di Waldenström; mieloma multiplo, diabete. **Non assume:** farmaci biguanidi; interleukine,  $\beta$ -bloccanti.

**presenta i seguenti particolari anamnestici:**

precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzi di contrasto	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
altre precedenti reazioni allergiche: _____	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
presenza di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione di mezzi di contrasto	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
grave insufficienza epatica	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
grave insufficienza renale	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
grave insufficienza cardiaca	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
paraproteina di Waldenström	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
mieloma multiplo	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
diabete	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
assume farmaci biguanidi	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
assume interleukine	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
assume $\beta$ -bloccanti	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Eventuali indagini eseguiti: No  Sì  \_\_\_\_\_

Eventuali notizie anamnestiche aggiuntive rispetto alla diagnosi o quesito clinico di cui alla richiesta su modello regionale:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'assistito è stato informato che:

1. all'atto dell'esecuzione dell'indagine, se effettuata con mezzo di contrasto, verrà acquisito il consenso scritto.
2. l'iniezione del mezzo di contrasto va sempre effettuata in condizioni di buona idratazione, per cui le norme relative al digiuno non riguardano l'assunzione di acqua e l'assunzione di terapie abituali.
3. deve fornire documentazione, se ne è in possesso, di eventuali esami strumentali (TC, RM, eco, RX, scintigrafie, endoscopie), di reperti cito-istologici, di esami di laboratorio e copie di cartelle cliniche.

Firma del Medico proponente o del Medico di medicina generale \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma dell'assistito (per presa visione) \_\_\_\_\_