QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER MEZZO DI CONTRASTO A BASE DI GADOLINIO
VALUTAZIONE PRELIMINARE RISCHIO NEFROTOSSICO

Cognome…….**Nome**……

Data di nascita…….. Peso Kg……..CREATININA…….

Ricoverato / Post-ricovero / esterno

Ospedale..... Reparto……..

Paziente collaborante: SI ☐ NO ☐ **CAMMINA** ☐ **SEDUTO** ☐ **BARELLATO** ☐

Si raccomanda di portare: esame della **CREATININA E DOCUMENTAZIONE SANITARIA PRECEDENTE**☐

· Ha eseguito in precedenza esami di risonanza magnetica? SI NO
· Soffre di claustrofobia ? SI NO
· Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere ? SI NO
· Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia ? SI NO
· E' stato vittima di traumi da esplosioni ? SI NO
· E' in stato di gravidanza certa o presunta? SI NO
· Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? SI NO
· Ha subito interventi chirurgici (SE SI SPECIFICARE): SI NO
……..

· E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo ? SI NO
· E' portatore di:
- Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ? SI NO
- Schegge o frammenti metallici ? SI NO
- Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ? SI NO
- Valvole cardiache ? SI NO
- Stents ? SI NO
- Defibrillatori impiantati ? SI NO
- Distrattori della colonna vertebrale ? SI NO
- Pompa di infusione per insulina o altri farmaci ? SI NO
- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito ? SI NO
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali ? SI NO
- Altri tipi di stimolatori ? SI NO
- Dispositivo intrauterino (IUD) ? SI NO
- Derivazione spinale o ventricolare ? SI NO
- Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc… ? SI NO
- Altre protesi ? SI NO
Localizzazione ……I

- E' portatore di protesi del cristallino ? SI NO
- E' portatore di piercing ? SI NO
Localizzazione …….

- Presenta estesi tatuaggi ? SI NO
Localizzazione……

IL CONSENSO E' AVVENUTO CON L'INTERVENTO DI UN MEDIATORE/INTERPRETE DI LINGUA……

- DATA……..
- FIRMA DEL PAZIENTE…….
- FIRMA DELMEDICO……

SC Radiologia ospedaliero-territoriale
Ospedale Nostra Signora della Mercede di Lanusei
via Dottor Giuseppe Pilia 1 - Piano terra
tel. 0782 490283