



**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della Provincia di Padova**

**DIAGNOSTICA RADIOLOGICA CON MEZZI DI CONTRASTO ORGANOIODATI E**

**PARAMAGNETICI PER VIA INIETTIVA**  
**(Circolare Ministeriale del 17.09.1997)**

La valutazione clinico-anamnestica per il Sig./ra .....

per il/la quale propongo l'indagine.....

su proposta di.....

per la seguente motivazione clinica: .....

.....

nel sospetto diagnostico di .....

.....

è

[ ] **NEGATIVA** per comprovato rischio allergico a contrasti iodati o altre sostanze, gravi forme di insufficienza epatica, renale o cardiovascolare, paraproteinemia di Waldestrom o mieloma multiplo. Non esistono pertanto controindicazioni all'uso di mezzi di contrasto organiodati e paramagnetici per via iniettiva.

[ ] **POSITIVA** per:

[ ] Comprovato rischio allergico a contrasti iodati o altre sostanze

[ ] Insufficienza epatica grave

[ ] Insufficienza renale grave

[ ] Insufficienza cardiovascolare grave

[ ] Paraproteinemia di Waldestrom

[ ] Mieloma multiplo

Allegati esami di laboratorio e referti diagnostici che definiscono il grado delle condizioni patologiche.

Il/la paziente attualmente è in terapia con i seguenti farmaci (con particolare riferimento al Biguanidi e alle Interleuchine 2):

- [ ].....
- [ ].....
- [ ].....
- [ ].....

[ ] Effettuata premedicazione per rischio allergico con .....

Il Medico Curante  
( T i m b r o e f i r m a )

**N.B. Il modulo deve essere compilato in tutte le sue parti**