

Casa di Cura Privata San Benedetto S.p.A.
Via S. Cellini, 26 - 63100 Ascoli Piceno - PI 02286650441

Sede Operativa: Via Murri, 1 63039 San Benedetto del Tronto (AP)
Tel. 0735.582525 Fax 0735.589844

**TRATTAMENTO DESENSIBILIZZANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI
CONTRASTO**

PROFILASSI ANTIALLERGICA CONSIGLIATA:

(in presenza di uno o piu' fattori di rischio)

GIORNO DELL'ESAME _____ ORA _____

- Per i 3 giorni precedenti _________ all'esame assumere 1 compressa (10 mg) di CETIRIZINA (es. ZIRTEC) DICLORIDRATO O ANTISTAMINICO equivalente la sera (avvertenze sulla capacità di guidare veicoli o di usare macchinari).
- 13 ore prima dell'esame (giorno _____ ora _____) assumere 2 compresse di PREDNISONONE da 25 mg (es. DELTACORTENE);

Possibili effetti indesiderati per trattamenti a medio e lungo termine:

alterazioni del bilancio idro-elettrolitico;

alterazioni muscolo scheletriche, quali osteoporosi, fragilità ossea, miopatie;

complicazioni a crico dell'apparato gastro-intestinale che possono arrivare fino alla comparsa o all'attivazione di ulcera peptica;

alterazioni cutanee, quali ritardi nei processi di cicatrizzazione, assottigliamento e fragilità dell acute;

interferenza con la funzionalità dell'asse ipofisi-surrene;

negativizzazione del bilancio dell'azoto;

- 7 ore prima dell'esame (giorno _____ ora _____) assumere 2 compresse di PREDNISONONE da 25 mg (es. DELTACORTENE)
- Astenersi dall'assunzione di alimenti a partire da 5 ore prima dell'esame
- 1 ora prima dell'esame (giorno _____ ora _____) assumere 2 compresse di PREDNISONONE da 25 mg (es. DELTACORTENE)

Ai pazienti con anamnesi positiva per patologia gastrica si suggerisce di assumere un protettore gastrico: RANITIDINA o OMEPRAZOLO

E' inoltre consigliabile NON sospendere la terapia personale in corso

Prima di assumere la profilassi consigliata La esortiamo a rivolgersi al proprio medico curante per la compilazione del questionario sottostante.

Nota per il medico curante

La prestazione radiologica richiesta per il suo assito prevede l'impiego del mezzo di contrasto. Per i soggetti a rischio potenziale di reazioni avverse è stato messo a punto un protocollo di preparazione farmacologica, nell'intento di ridurre l'insorgenza. La invitiamo a verificare l'eventuale presenza di rilievi anamnestici di natura allergica ed a valutare l'idoneità del trattamento proposto

Dati del paziente:

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____

Sesso: Femminile Maschile

Manifestazione allergiche : SI Quali? _____

NO

Presenza di rilievi anamnestici di natura allergica:

Precedenti reazioni di tipo anafilattico

Asma bronchiale- riniti allergiche

Dermatiti allergiche da contatto

Reazione a farmaci

Allergia alimentare

Precedenti reazioni allergiche a mezzo di contrasto

Uso di betabloccanti

Risulta in stato di gravidanza: SI NO

Data _____

_____ firma leggibile del paziente o di chi ne ha la tutela

(specificare eventuale grado di parentela)

IL PRESENTE MODULO VA CONSEGNATO IL GIORNO DELL'ESAME COMPILATO IN OGNI SUA PARTE

**TRATTAMENTO DESENSIBILIZZANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE
ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO**

Qualora il Suo Medico Curante non ritenga idonea la profilassi antiallergica proposta, La preghiamo di contattare o far contattare dal Suo Medico Curante il personale medico della struttura.

E' consigliabile NON sospendere la terapia personale del Paziente.

IMPORTANTE: IN CASO DI PAZIENTI CHE HANNO PRECEDENTEMENTE MANIFESTATO REAZIONI ALLERGICHE AL MEZZO DI CONTRASTO O AL LATTICE, SI PREGA DI CONTATTARE TEMPESTIVAMENTE IL PERSONALE MEDICO DELLA STRUTTURA.

Il /la sottoscritto/a _____

DICHIARA

- di accettare il trattamento desensibilizzante prescritto e di averlo correttamente eseguito
- di non accettare alcun trattamento desensibilizzante
- di avere effettuato un trattamento desensibilizzante diverso da quello proposto in particolare:
(allegare anche la prescrizione) _____

San Benedetto del Tronto, _____

Firma leggibile del paziente o di chi ne ha tutela
(Specificare eventuale grado di parentela)

Qualora il paziente con anamnesi positiva per reazioni allergiche non esegua alcun trattamento desensibilizzante, il mezzo di contrasto non sarà somministrato.

SPAZIO RISERVATO ALLA STRUTTURA

Il medico valuta l' idoneità del trattamento desensibilizzante effettuato, se diverso da quello proposto ed autorizza l' eventuale impiego del mezzo di contrasto.

Data, _____

Firma del Medico
