

# QUESTIONARIO PRELIMINARE TAC

NOME : ..... COGNOME : ..... PESO : .....kgs

I pazienti minorenni devono essere imperativamente accompagnati da un genitore o tutore legale

DATA DI NASCITA : .....PRESSIONE ARTERIOSA NORMALE.....

Prima dell'esame rispondete attentamente alle seguenti domande:

- Avete già eseguito un esame TC con iniezione di IODIO? .....  oui  non

- Avete manifestato in passato delle reazioni allergiche come  
**ORTICARIA, ASMA, EDEMA DELLE MUCOSE.....**  oui  non

Se si a cosa : .....

- Soffrite di problemi cardiaci o tiroidei ?  oui  non

- Avete un **insufficienza renale severa** ?  oui  non

Avete il **diabete** ? .....  oui  non

Se si prendete farmaci tipo (Glucinan®, Glucophage®, Stagid®, Metformine®,

Avandamet®, Diabamet®, Glucovance® o Competact®)

.....

- Siete incinta o avete il sospetto di esserlo ? Allattate ? ....  oui  non

- Avete un ritardo del ciclo ?  oui  non

Potete fornirci ulteriori informazioni utili che possono essere importanti ai fini dell'esame (operazioni chirurgiche, malattie particolari, ecc.... :

.....  
.....  
.....

**Per quale motivo viene effettuato l'esame ? Quali sono i sintomi ?**

.....  
.....  
.....

Acconsentite alla somministrazione di **mezzo di contrasto iodato**  oui  non

Sig, Sig.ra .....

Sono stato/a informato delle differenti modalità d'esame e degli eventuali rischi, ed acconsento a procedere all'indagine..

Data e Firma