

TC con MEZZO di CONTRASTO

Nome.....

Cognome.....

Età.....

VALUTAZIONE RISCHIO INSORGENZA FIBROSI NEFROGENICA SISTEMICA

CLASSE DI RISCHIO di INSORGENZA CIN

- ☐ 1° CLASSE (eGFR >60 senza fattori di rischio)
- ☐ 2° CLASSE (eGFR >60 con 1 o più fattori di rischio / $30 < \text{eGFR} < 60$)
- ☐ 3° CLASSE (eGFR <30)

Fattori di rischio: trapianto d'organo, diabete mellito, disidratazione-shock-ipotensione, picco monoclonale con BJ positiva, insufficienza cardiaca, recente assunzione di farmaci nefrotossici, età >75 aa, recente infusione di mdc (nelle ultime 2 settimane), esame in urgenza.

AZIONI intraprese per la 2° CLASSE DI RISCHIO:

- Adeguamento della terapia farmacologica (sospensione diuretici; evitare farmaci potenzialmente nefrotossici)
- Sospensione Metformina (se eGFR >60 sospendere la mattina dell'esame, se eGFR <60 sospendere 48h prima)
- Profilassi: idratazione per os (circa 2 l) nei 2 gg precedenti secondo parere medico; assunzione per os il giorno precedente, il giorno dell'esame ed il giorno seguente di Bicarbonato di Na 1 cpr x 3 e Fluimucil 600 mg ogni 12 h.
- Follow-up: controllo della creatinina a 48/72 ore, se eGFR <45

CLASSE DI RISCHIO ALLERGOLOGICA

- ☐ **PUNTEGGIO 1: NESSUNA PREMEDICAZIONE (PAZIENTI SENZA STORIA A RISCHIO)**
 - ALLERGIE ALIMENTARI COMPRESE QUELLE A MOLLUSCHI, CROSTACEI E PESCI
 - ALLERGIE CUTANEE AGLI ANTISETTICI IODATI (povidone e simili)
 - RINOCONGIUNTIVITE ALLERGICA, ECZEMA ATOPICO, DERMATITI ALLERGICHE DA CONTATTO (da metalli e non)
 - REAZIONI LOCALI AD IMENOTTERO
- ☐ **PUNTEGGIO 2: PREMEDICAZIONE A CARICO DEL PRESCRITTORE O DELL'ALLERGOLOGO (STORIA A RISCHIO)**
 - PRECEDENTE REAZIONE ALLERGICA A MDC NOTO O NON NOTO
 - ORTICARIA/ANGIOEDEMA IN ATTO O NON CONTROLLATI DALLA TERAPIA IN ATTO; ASMA SINTOMATICO; ANGIOEDEMA RICORRENTE; ANAFILASSI IDIOPATICA; MASTOCITOSI SISTEMICA
 - REAZIONE RESPIRATORIA O CARDIOCIRCOLATORIA A FARMACO O IMENOTTERO

PRECEDENTI REAZIONI CUTANEE TARDIVE O MOLTO TARDIVE A MDC IODATO? SI ☐ NO ☐

REAZIONI TOSSICHE A MDC IODATO (TIREOTOSSICOSI, IODINE MUMPS) SI ☐ NO ☐

DATA

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO PRESCRITTORE

.....

.....