

**ZUWEISUNG ZU EINER PARENTERALEN KONTRASTMITTELUNTERSUCHUNG**

**RICHIESTA D'ESAME CONTRASTOGRAFICO PARENTERALE**

Zuweiser - Richiedente

Der/Die Patient/in - Il/La paziente

Datum - Data

geboren am - nato/a il

**benötigt folgende Kontrastmitteluntersuchung - necessita del seguente esame contrastografico**

**Klinische Fragestellung - Quesito clinico**

Laut Anamnese, klinischen Befunden und eventuell durchgeführten Laboruntersuchungen besteht keine Kontraindikation für eine Kontrastmittelinjektion. Risikofaktoren für KM-Verabreichung: Alter >70 Jahre multiple Komorbidität wie, kombinierte Leber- und chronische Niereninsuffizienz, dekompensierte Cardiopathie, unbehandelte Hyperthyreose, Diabetes, akute Herzinsuffizienz, Hypotension, Anämie, schwere Allergopathien.

Secondo l'anamnesi, referti clinici ed eventuali referti di laboratorio non risultano controindicazioni all'iniezione di mezzo di contrasto. Fattori di rischio alla somministrazione del MDC: età >70 anni e patologie comorbilità come grave insufficienza epatica o renale cronica, stato di grave sofferenza miocardica o insufficienza cardio-respiratoria, ipertireosi non trattata, diabete, scompenso cardiaco, ipotensione, anemia, severe allergopatie.

**ALLERGIEN AUF K.M. - ALLERGIE AL M.D.C.**

|         |                          |           |                          |
|---------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| JA / SI | <input type="checkbox"/> | NEIN / NO | <input type="checkbox"/> |
|---------|--------------------------|-----------|--------------------------|

|            |                          |         |                          |
|------------|--------------------------|---------|--------------------------|
| CREATININA | <input type="checkbox"/> | GFR/FGR | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|---------|--------------------------|

N.B.: die i.v. KM sind potentiell nefrotoxisch! Nefrotoxische Medikamente (NSAF, Cyclofosamid, Aminoglykoside, Cyclosporine) sollten 24 Stunden vor der Untersuchung abgesetzt werden und die Therapie erst bei ausreichender Nierenfunktion wiederaufgenommen werden. Für eine gute Hydrierung der Patienten sorgen! Bei Patienten mit glomerulärer Filtrationsrate (GFR) < 30 ml/min wird von einer iv KM-Gabe abgeraten! Ad Metformin: bei GFR <30 ml/min. sollte die Therapie 48 Stunden vor der Untersuchung abgesetzt werden und erst nach 48 Stunden wieder aufgenommen werden, falls die Nierenfunktion sich nicht verschlechtert hat.

N.B.: i mdc ev sono potenzialmente nefrotossici! Si raccomanda di sospendere la terapia con farmaci nefrotossici (FANS, Ciclofosamide, Aminoglicosidi, Ciclosporine) 24 ore prima dell'esame e di riprendere la terapia non prima del ripristino di una soddisfacente funzionalità renale. Accertare una buona idratazione dei pazienti. Si sconsiglia la somministrazione di mdc ev in paziente con filtrato glomerulare (FGR) < 30 ml/min! Metformina: in caso di GFR <30 ml/min. sospendere l'assunzione di metformina 48 ore prima dell'esame contrastografico e riprenderla dopo 48 ore se la funzionalità renale non si è deteriorata.

Stempel und Unterschrift des/der zuweisenden Arztes/Ärztin - Timbro e firma del medico richiedente

Krankenhaus Bozen | Tel. 0471 908494 | Fax 0471 908908 | radiologia.bz@sabes.it  
Krankenhaus Brixen | Tel. 0472 813150 | Fax 0472 813159 | radio.bx@sabes.it  
Krankenhaus Bruneck | Tel. 0474 581250 | Fax 0474 581251 | roentgendiagnostik-bruneck@sabes.it  
Krankenhaus Meran | Tel. 0473 263070 | Fax 0473 264684 | rad-me@sabes.it  
Krankenhaus Innichen | Tel. 0474 917090 | Fax 0474 917091 | rx\_tech.inn@sabes.it  
Krankenhaus Schlanders | Tel. 0473 735020 | Fax 0473 735861 | rad-schl@sabes.it  
Krankenhaus Sterzing | Tel. 0472 774412 | Fax 0472 774479 | radio.st@sabes.it  
http://www.sabes.it  
Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen  
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Ospedale Bolzano | Tel. 0471 908494 | Fax 0471 908908 | radiologia.bz@sabes.it  
Ospedale Bressanone | Tel. 0472 813150 | Fax 0472 813159 | radio.bx@sabes.it  
Ospedale Brunico | Tel. 0474 581250 | Fax 0474 581251 | roentgendiagnostik-bruneck@sabes.it  
Ospedale Merano | Tel. 0473 263070 | Fax 0473 264684 | rad-me@sabes.it  
Ospedale di S. Candido | Tel. 0474 917090 | Fax 0474 917091 | rx\_tech.inn@sabes.it  
Ospedale Silandro | Tel. 0473 735020 | Fax 0473 735861 | rad-schl@sabes.it  
Ospedale di Vipiteno | Tel. 0472 774412 | Fax 0472 774479 | radio.st@sabes.it  
http://www.asdaa.it  
Ragione sociale: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano  
Cod. fisc./P. IVA 00773750211