



**PROPOSTA AD ESAME  
TC CON MEZZO DI CONTRASTO ENDOVENOSO**

**(da compilare a cura del MMG o del prescrittore barrando ove necessario)  
Si prega cortesemente di rispondere a tutte le domande indicate**

Il/La Sig./Sig.ra .....  
ha la necessità di essere sottoposto/a a .....  
per la seguente indicazione .....  
dati anamnestici .....  
.....  
.....

**La paziente è in stato di gravidanza (certa o presunta) o in fase di allattamento:**    ☐ SI    ☐ NO

Presenta in anamnesi:

| SI                       | NO                       |                                                                               |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Paraproteinemia di Waldenstrom                                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Insufficienza epatica grave                                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Insufficienza renale moderata/severa                                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mieloma multiplo                                                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stati di grave sofferenza del miocardio o di insufficienza cardiocircolatoria |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ipertireosi                                                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabete in trattamento con Metformina                                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | É in corso terapia anticoagulante orale                                       |

|                                |                                |                          |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| SI<br><input type="checkbox"/> | NO<br><input type="checkbox"/> | <b>Diatesi allergica</b> |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------|

**Il paziente deve presentarsi il giorno dell'esame con gli esiti recenti (massimo 30 giorni precedenti la data di esecuzione dell'esame) di:**

- **CREATININEMIA**
- **GLICEMIA**
- **ALTRO**

Data .....

Firma del medico .....