



Azienda Sanitaria Locale Bari  
**DIPARTIMENTO DI RADIOLOGIA**

**PROTOCOLLO**  
**PRE – TRATTAMENTO**  
**PER**  
**ALLERGIA AL MEZZO DI CONTRASTO**  
**(organo-iodato e paramagnetico)**

**Avvertenza:**

Terapia farmacologica per ridurre gli effetti di eventuali reazioni allergiche ai Mezzi di Contrasto.

Tuttavia, il Medico Curante deve valutarne la compatibilità con la storia anamnestica del Paziente.

**PREPARAZIONE DEL PAZIENTE CON SOSPETTA O PROVATA ALLERGIA**

**UROGRAFIA**

**TAC**

**RMN**

ESAME DI LABORATORIO PRELIMINARI PER TC / UROGRAFIA / RM

***Creatininemia, GFR , ECG.***

Per i Pazienti a rischio di anafilassi a mezzo di contrasto è consigliata la seguente preparazione:

Lo schema di preparazione inizia **12 ore** in anticipo rispetto alla data dell'esame ed è così articolato:

<u>12 ore prima dell'indagine</u> <b>2 compresse di</b> <b>DELTACORTENE da 25 mg.</b>  (e/o farmaco equivalente) <u>6 ore prima dell'indagine</u> <b>2 compresse di</b> <b>DELTACORTENE da 25 mg.</b>  (e/o farmaco equivalente) <u>1 ora prima dell'indagine</u> <b>1 compressa di</b> <b>DELTACORTENE da 25 mg.</b>	<u>12 ore prima dell'indagine</u> <b>1 compressa di</b> <b>ROBILAS</b>  (e/o farmaco equivalente) <u>1 ora prima dell'indagine</u> <b>1 compressa di</b> <b>ROBILAS</b>  (e/o farmaco equivalente)	<u>12 ore prima dell'indagine</u> <b>1 compressa di</b> <b>PANTORC</b>  (e/o farmaco equivalente) <u>1 ora prima dell'indagine</u> <b>1 compressa di</b> <b>PANTORC</b>  (e/o farmaco equivalente)
---	---	---

**N.B. Si ricorda, inoltre, prima di effettuare l'esame è necessario munirsi di richiesta del S.S.N.**

## TESTO DI AVVERTENZA ALL'UTENZA IN CASO DI RISONANZA MAGNETICA

Controindicazione all'esecuzione di esame R.M.

Soffre di claustrofobia ?	SI	NO	
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO	
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	SI	NO	
È stato vittima di traumi da esplosioni ?	SI	NO	
È in stato di gravidanza? Settimane? Specificare il trimestre se primo controindicazione assoluta)	SI	NO	
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	SI	NO	
È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ?	SI	NO	
È portatore di schegge o frammenti metallici?	SI	NO	
È portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta,cervello ?	SI	NO	
È portatore di valvole cardiache ?	SI	NO	
Stents?	SI	NO	
Defibrillatori impiantati ?	SI	NO	
Distrattori della colonna vertebrale?	SI	NO	
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	SI	NO	
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	SI	NO	
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI	NO	
Altri tipi di stimolatori?	SI	NO	
Corpi intrauterini?	SI	NO	
Derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO	
Protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO	
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.) viti, chiodi, filo, ecc.?	SI	NO	
Altre protesi ?	SI	NO	
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?		SI	NO
È affetto da anemia falciforme?		SI	NO
È portatore di protesi del cristallino?	SI	NO	
È portatore di piercing non rimovibili ?	SI	NO	
Presenta tatuaggi nella sede da esaminare?	SI	NO	

Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere: eventuali lenti a contatto; apparecchi per l'udito; dentiera-corone temporanee mobili; cinta erniaria; fermagli per capelli; mollette; occhiali; gioielli; orologi; carte di credito o altre schede magnetiche; coltelli tascabili; ferma soldi; monete; chiavi; ganci; automatici; bottoni metallici; spille; vestiti con lampo; calze di nylon; indumenti in acrilico; pinzette metalliche; punti metallici; limette; forbici; altri eventuali oggetti metallici.

Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.