


<p>Sistema Socio Sanitario   Regione Lombardia  ASST Rhodense  PRC N. 13 –  03/2024</p>	<p style="text-align: center;"><b>NOTA INFORMATIVA N. 296</b>  <b>PREMEDICAZIONE PAZIENTI ALLERGICI AL</b>  <b>MEZZO DI CONTRASTO</b>    <b>SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE</b>  SC RADIOLOGIA E DIAGNOSTICA DELLE INDAGINI</p>	<p style="text-align: center;">Etichetta paziente o cognome/nome/  data nascita</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Egregio sig. gentilissima sig.ra,

nell'esecuzione dell'esame diagnostico con somministrazione di mezzo di contrasto nelle condizioni di:

- paziente a rischio con predisposizione allergica
- paziente che abbia manifestato una pregressa reazione allergica di grado lieve- moderato al mezzo di contrasto, quando non sia possibile un esame alternativo,

**è fortemente raccomandata l'assunzione di farmaci** antistaminici e cortisonici prima dell'esecuzione dell'esame.

Sono da considerare **FATTORI DI RISCHIO** per insorgenza di reazione avversa alla somministrazione di MdC:

- pregressa reazione allergica o simil-allergica a seguito di un'indagine con la medesima classe di MdC (per es. a base di gadolinio o di iodio);
- asma bronchiale o orticaria-angioedema non controllati dalla terapia farmacologica;
- mastocitosi;
- pregressa anafilassi idiopatica (ovvero pregresso/i episodio/i di anafilassi in cui non è riconoscibile la causa scatenante).

NON sono da considerare **FATTORI DI RISCHIO** per insorgenza di reazione avversa al MdC:

- allergia a molluschi, crostacei, pesci o altri alimenti
- allergia ad altre categorie di farmaci
- un'anamnesi positiva per reazioni da ipersensibilità ad antisettici iodati, quali soluzione di iodopovidone (Betadine) e iodoformio, non costituisce un fattore di rischio per reazioni da ipersensibilità al mezzo di contrasto a base di iodio.

### 1. Preparazione all'esame a domicilio

La invitiamo pertanto **a rivolgersi al proprio medico curante per la prescrizione della terapia preventiva** secondo lo schema di seguito descritto e che Lei dovrà assumere con le corrette indicazioni:

Terapia al domicilio	Sera prima dell'esame ore 21	Mattino dell'esame ore 7, senza fare colazione
Cetirizina 10 mg	1 compressa	1 compressa
Prednisone 25 mg	2 compresse	2 compresse

L'antistaminico potrebbe mettere sonnolenza e non è consigliato guidare.

Nei casi di **pregressa reazione grave** qualora non sia proponibile un'indagine alternativa il suo caso verrà discusso con il Radiologo e con l'Anestesista-Rianimatore, per concordare e programmare l'esame in presenza dell'Anestesista-Rianimatore.

**NOTA INFORMATIVA N. 296**  
**PREMEDICAZIONE PAZIENTI ALLERGICI AL**  
**MEZZO DI CONTRASTO**

Etichetta paziente o cognome/nome/  
data nascita

**SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE**  
SC RADIOLOGIA E DIAGNOSTICA DELLE INDAGINI

## 2. Preparazione giorno dell'esame

Il giorno dell'esame si deve presentare in radiologia in anticipo di 30 minuti rispetto all'orario dell'appuntamento, accompagnato da un familiare/caregiver e con il presente modulo firmato.

Prima dell'esame, in radiologia, Le verrà somministrato per via EV idrocortisone 500 mg.

### DICHIARAZIONE ASSUNZIONE TERAPIA

Paziente \_\_\_\_\_  
Cognome Nome

Data di nascita: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
<input type="checkbox"/> Tutore legale (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
<input type="checkbox"/> Genitori	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	

### conferma di aver ASSUNTO LA TERAPIA A DOMICILIO COME DA PRESCRIZIONE SOPRADESCRITTA

FIRMA DEL PAZIENTE  
GENITORI/TUTORE /RAPPRESENTANTE LEGALE

FIRMA DELL'INTERPRETE SCELTO  
(LEGGIBILE)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Contatti:

- SC Radiologia P.O. Rho: tel. 02/99430.3979; mail: [SegRadr@asst-rhodense.it](mailto:SegRadr@asst-rhodense.it)
- SC Radiologia P.O. Garbagnate: tel. 02/99430.2219; mail: [SegreteriaRadg@asst-rhodense.it](mailto:SegreteriaRadg@asst-rhodense.it).