

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO ALL'ESECUZIONE DI RISONANZA  
MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO (MDC) PER VIA ENDOVENOSA  
DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE**

PAZIENTE:

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

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_

**Insufficienza renale (e-GFR < di 30 ml/minuto/1,73 m)**  SI  NO

**Fattori di rischio per insufficienza renale** (per es. nefropatia nota, proteinuria, malattie renali, chirurgia renale, farmaci nefrotossici cronici)  SI  NO

**In caso di almeno una risposta positiva è necessaria valutazione del Filtrato Glomerulare non antecedente a 1 mese**

**Valore Filtrato Glomerulare (e-GFR):** \_\_\_\_\_ ml/minuto/1,73 m in data \_\_\_\_\_  
*oppure*

**Ho richiesto la valutazione del e-GFR e ho inviato il paziente a consegnare il referto al radiologo prima dell'esecuzione dell'esame**

**NOTE ANAMNESTICHE:**

Asma  SI  NO

Malattia allergica trattata farmacologicamente  SI  NO

**Precedente somministrazione di MDC nota**  SI  NO

**Precedenti reazioni allergiche a MDC o ad altri farmaci note**  SI  NO

specificare: \_\_\_\_\_

**Precedenti reazioni allergiche note**  SI  NO

specificare: \_\_\_\_\_

**Timbro e firma per esteso del Medico richiedente**

Data \_\_\_\_\_