

Servizio Diagnostica per Immagini  
Responsabile Dr. Frassinetti Gabriele**DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE**

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 \_\_\_\_\_