

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 _____