

	Azienda Sanitaria Locale Cuneo 2 Servizi di Radiodiagnostica	COD: MOD 10 Pr Srx1
	Ospedale "S. Lazzaro" Via P. Belli, 26 - ALBA (CN) Tel. 0173316319 Fax 0173 29065	E-mail: radiologia.alba@aslcn2.it
Ospedale "S. Spirito" Via Vittorio Emanuele, 3- BRA (CN) Tel. 0172 420241 Fax 0172 420241	E-mail: radiologia.bra@aslcn2.it	REVISIONE: 1
Indirizzo di posta certificata: aslcn2@legalmail.it		PAGINA: 1 DI 1

PROMEMORIA PRENOTAZIONE TC ASLCN 2

Ci si dovrà presentare **munito/a di:**

<input type="checkbox"/>	RICHIESTA DEL MEDICO
<input type="checkbox"/>	CONSENSO INFORMATO FIRMATO DAL MEDICO RICHIEDENTE
<input type="checkbox"/>	ESAMI DEL SANGUE RECENTI <ul style="list-style-type: none"> ○ Creatinina ○ eGFR (da eseguire solo in caso di valore alterato della creatinemia)

Protocolli di preparazione all'esecuzione di TC con contrasto:

<input type="checkbox"/>	PROTOCOLLO DI PREMEDICAZIONE <u>IN CASO DI ALLERGIA</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ ASSUMERE (previa prescrizione del medico di base o richiedente): <ul style="list-style-type: none"> - 2 Compresse di PREDNISOLONE (25 mg) 2 ore prima - 1 Compresa di RANITIDINA (300 mg) 2 ore prima ○ EFFETTUARE: <ul style="list-style-type: none"> - 1 Fiala di TRIMETON (10 mg) 1 ora prima alle ore __:__ <p style="text-align: right;"><i>Protocollo concordato con il Servizio di Allergologia dell' ASL CN2</i></p>
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	PROTOCOLLO DI PREMEDICAZIONE PER INSUFFICIENZA RENALE <ul style="list-style-type: none"> ○ ASSUMERE (previa prescrizione del medico di base o richiedente): <ul style="list-style-type: none"> - 1 compressa di ACETILCISTEINA (600 mg) ogni 12 ore <ul style="list-style-type: none"> ▪ il giorno prima, ▪ il giorno dell'esame ▪ il giorno dopo <p style="text-align: right;"><i>Protocollo concordato con il Servizio di Nefrologia dell'ASL CN2</i></p>
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	DICHIARO DI AVER EFFETTUATO LA PREMEDICAZIONE SECONDO LO SCHEMA EVIDENZIATO FIRMA: _____
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	NOTE: SI PREGA DI PORTARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE INERENTE LA PATOLOGIA _____ _____ _____
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	PORTARE 1 BOTTIGLIA DI ACQUA NON GASATA DA 1,5 LITRI
--------------------------	---