

  RADIOLOGIA NEURORADIOLOGIA PEDIATRICA	PROFILASSI DELLE REAZIONI ALLERGICHE ALLA SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI MEZZI DI CONTRASTO ORGANO-IODATI (MdC e.v.) PAZIENTI MINORI (< 18 anni)	Rev. 1	Pag. 1 di 1
		PBU-RNP-MS-005	

Egregio Collega,

Al/la Suo/a paziente è stato richiesto/a un/a esame/procedura radiologico/a che prevede la somministrazione di mezzo di contrasto (MdC) organo-iodato per via endovenosa (e.v.). Abbiamo invitato il/la paziente a presentarsi da Lei con questo modulo nel caso fosse portatore di condizioni allergiche predisponenti alla comparsa di reazioni avverse da MdC e.v. di tipo allergico dettagliate nel Foglio Informativo PBU-RNP-FI-004 consegnato al/la paziente.

In caso di dato anamnestico di **reazioni allergiche gravi** (es: shock anafilattico, arresto cardiorespiratorio, severo broncospasmo), soprattutto in conseguenza a una precedente iniezione di MdC e.v., la somministrazione di MdC e.v. è **generalmente controindicata**, effettuabile solo in caso di assoluta necessità. In tali casi è **indispensabile** che Lei, o il Suo/a paziente, contatti un medico Radiologo del Servizio dove ha prenotato l'esame, a disposizione per qualsiasi chiarimento e per fornire informazioni su eventuali indagini alternative. Nel caso di assoluta necessità di esame con MdC e.v., il medico Radiologo indirizzerà il paziente ad una visita a parere di Specialista Anestesista presso la Struttura. Invece, nei casi in cui il/la paziente avesse sofferto di precedenti **reazioni allergiche di grado lieve/moderato** in seguito a somministrazione e.v. di MdC (orticaria limitata/diffusa, lieve/moderata ipotensione, lieve/moderato broncospasmo, tosse), o a seguito di altri fattori, o soffrisse di condizioni allergiche in trattamento cronico (es: asma bronchiale, rinite stagionale), o fosse risultato poliallergico, il rischio di comparsa di reazioni avverse da MdC e.v. può essere ridotto da una adeguata preparazione farmacologica di seguito dettagliata. Pertanto chiediamo cortesemente la Sua collaborazione perché siano messe in atto le misure di profilassi secondo tale schema.

La mancata effettuazione della profilassi indicata non consentirà l'esecuzione dell'esame.

In base all'anamnesi da me eseguita, **Il/La Sig/Sig.ra:**

N. Codice Ricovero

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____

E' RISULTATO/A POSITIVO/A PER:

- ☐ **Precedenti reazioni allergiche lievi/moderate in seguito a somministrazione endovenosa di MdC organo-iodato**, (orticaria limitata/diffusa, lieve/moderata ipotensione, lieve/moderato broncospasmo, tosse)
☐ **Asma bronchiale**
☐ **Condizioni allergiche in trattamento cronico** (es: rinite stagionale)
☐ **Pregresse reazioni allergiche ad altri fattori, di entità moderata/severa**
☐ **Diatesi allergica con multiple allergie**

SCHEMA DI PRETRATTAMENTO FARMACOLOGICO PER LE SOPRADESCRITTE CONDIZIONI ALLERGICHE : MINORI

12 ore prima dell'esame

DELTACORTE (Prednisone) 0,5-0,7 mg/Kg per via orale

2 ore prima dell'esame

DELTACORTE (Prednisone) 0,5-0,7 mg/Kg per via orale

1 ora prima dell'esame

CETIRIZINA

Bambini di età compresa tra 6 e 12 anni:

- per un peso uguale o inferiore a 30 Kg, 5 mg (10 gocce) in un'unica somministrazione
- per un peso superiore a 30 Kg, 10 mg (20 gocce) in un'unica somministrazione

Bambini di età compresa tra 2 e 6 anni: 5 mg (10 gocce) in un'unica somministrazione

Bambini di età compresa tra 1 e 2 anni: 2,5 mg (5 gocce) in un'unica somministrazione

Età compresa tra 12 e 18 anni: 10 mg

PERTANTO DICHIARO CHE

- ☐ Ho prescritto la profilassi farmacologia
☐ Ho inviato il/la pz allo specialista Radiologo per competenza per anamnesi positiva per reazioni allergiche gravi
☐ Provvederò io stesso a contattare lo specialista Radiologo

Data di prescrizione _____

Firma medico Curante/ Prescrittore _____

PARTE RISERVATA ALLA RADIOLOGIA

Terapia eseguita dal paziente SI ☐ NO ☐

Firma paziente _____

Data _____

Firma Medico Radiologo per presa visione _____