

Ufficio CUP-Governo Liste di Attesa  
 Responsabile Unico Liste di Attesa Aziendale  
 Dr. Carmine Parlati  
 Tel. 080 584.2954  
 E-Mail: carmine.parlati@asl.bari.it

PROTOCOLLO USCITA  
 Trasmissione esclusivamente in modalità  
 telematica ai sensi del D. Lgs n.ro 82/2005  
 Sostituisce l'originale

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

di Fore (Radiologo CTO) Direttori Medici di PP.O.O. ASL Bari  
 e, per loro tramite  
 di Brucella A tutti i Medici Radiologi  
 di Repe + Braico Direttori DSS e, per loro tramite  
 A tutti i Medici Radiologi  
 di De Ruvo + Corrente U.R.P.  
 x RMG / PLJ

**OGGETTO:** Preparazione antiallergica ed esami necessari per prenotazione TC, RM, es. Contrastografici

La modalità di prenotazione prevalentemente telefonica rende necessario pubblicare sul sito aziendale una preparazione unica condivisa da tutti i Responsabili delle Unità e dei Servizi di Radiologia della ASL Bari. Tale condivisione è stata raggiunta ai sensi del "Documento di consenso SIBioC e Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM) sulla richiesta di esami di laboratorio per la valutazione del danno renale da mezzi di contrasto" (Biochimica clinica, 2014, vol.38, n.2, pag.140).  
 In considerazione di tale documento, si ritiene, pertanto, che gli esami necessari al fine di valutare l'accessibilità di un utente ad esami contrastografici siano rappresentati da ECG, creatininemia e GFR. Si allega l'avviso che verrà pubblicato a cura dell'U.R.P. sul sito aziendale.

Cordiali saluti

Il Responsabile Unico delle Liste di Attesa  
 Carmine Parlati

*Carmine Parlati*



*Antonio Sanguedolce*  
 Il Direttore Generale  
 Antonio Sanguedolce

Azienda Sanitaria Locale Bari  
DIPARTIMENTO DI RADIOLOGIA

PROTOCOLLO  
PRE – TRATTAMENTO  
PER  
ALLERGIA AL MEZZO DI CONTRASTO  
(organo-iodato e paramagnetico)

**Avvertenza:**

Terapia farmacologica per ridurre gli effetti di eventuali reazioni allergiche ai Mezzi di Contrasto.

Tuttavia, il Medico Curante deve valutarne la compatibilità con la storia anamnestica del Paziente.

**PREPARAZIONE DEL PAZIENTE CON SOSPETTA O PROVATA ALLERGIA**

UROGRAFIA

TAC

RMN

ESAME DI LABORATORIO PRELIMINARI PER TC / UROGRAFIA / RM

*Creatininemia, GFR, ECG.*

Per i Pazienti a rischio di anafilassi a mezzo di contrasto è consigliata la seguente preparazione:

Lo schema di preparazione inizia 12 ore in anticipo rispetto alla data dell'esame ed è così articolato:

<u>12 ore prima dell'indagine</u> 2 compresse di <b>DELTACORTENE da 25 mg.</b> (e/o farmaco equivalente) <u>6 ore prima dell'indagine</u> 2 compresse di <b>DELTACORTENE da 25 mg.</b> (e/o farmaco equivalente) <u>1 ora prima dell'indagine</u> 1 compressa di <b>DELTACORTENE da 25 mg.</b>	<u>12 ore prima dell'indagine</u> 1 compressa di <b>ROBILAS</b> (e/o farmaco equivalente) <u>1 ora prima dell'indagine</u> 1 compressa di <b>ROBILAS</b> (e/o farmaco equivalente)	<u>12 ore prima dell'indagine</u> 1 compressa di <b>PANTORC</b> (e/o farmaco equivalente) <u>1 ora prima dell'indagine</u> 1 compressa di <b>PANTORC</b> (e/o farmaco equivalente)
--	---	---

N.B. Si ricorda, inoltre, prima di effettuare l'esame è necessario munirsi di richiesta del S.S.N.

## TESTO DI AVVERTENZA ALL'UTENZA IN CASO DI RISONANZA MAGNETICA

Controindicazione all'esecuzione di esame R.M.

Soffre di claustrofobia ?	SI	NO
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	SI	NO
È stato vittima di traumi da esplosioni ?	SI	NO
È in stato di gravidanza? Settimane? Specificare il trimestre se primo controindicazione assoluta)	SI	NO
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	SI	NO
È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ?	SI	NO
È portatore di schegge o frammenti metallici?	SI	NO
È portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta,cervello ?	SI	NO
È portatore di valvole cardiache ?	SI	NO
Stents?	SI	NO
Defibrillatori impiantati ?	SI	NO
Distrattori della colonna vertebrale?	SI	NO
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	SI	NO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	SI	NO
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI	NO
Altri tipi di stimolatori?	SI	NO
Corpi intrauterini?	SI	NO
Derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO
Protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.) viti, chiodi, filo, ecc.?	SI	NO
Altre protesi ?	SI	NO
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?	SI	NO
È affetto da anemia falciforme?	SI	NO
È portatore di protesi del cristallino?	SI	NO
È portatore di piercing non rimovibili ?	SI	NO
Presenta tatuaggi nella sede da esaminare?	SI	NO

Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere: eventuali lenti a contatto; apparecchi per l'udito; dentiera-corone temporanee mobili; cinta erniaria; fermagli per capelli; mollette; occhiali; gioielli; orologi; carte di credito o altre schede magnetiche; coltelli tascabili; ferma soldi; monete; chiavi; ganci; automatici; bottoni metallici; spille; vestiti con lampo; calze di nylon; indumenti in acrilico; pinzette metalliche; punti metallici; limette; forbici; altri eventuali oggetti metallici.

Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

## **Distretto Unico di Bari**

---

**Da:** <direzione.generale@asl.bari.it>  
**Data:** martedì 24 marzo 2020 10:44  
**A:** <po-divenere.direzione.medica@asl.bari.it>; <po-altamura.direzione.medica@asl.bari.it>; <drs.putignano@asl.bari.it>; <drs.monopoli@asl.bari.it>; <po-sanpaolo.direzione.medica@asl.bari.it>; <direzionemedica.terlizzi@asl.bari.it>; <direzionemedica.corato@asl.bari.it>; <direzionemedica.molfetta@asl.bari.it>; <dssbari@asl.bari.it>; <dss.molfetta@asl.bari.it>; <dss.ruvo@asl.bari.it>; <direzione.dss3@asl.bari.it>; <distretto4.altamura@asl.bari.it>; <distretto5.grumo@asl.bari.it>; <protocollo.dss9@asl.bari.it>; <dss.triggiano@asl.bari.it>; <segreteria.mola@asl.bari.it>; <distretto12.aslbari@pec.rupar.puglia.it>; <dssgioia.segreteria@asl.bari.it>; <segreteria.dss14@asl.bari.it>; <dipartimento.cureprimarie-da@asl.bari.it>; <stella.armando@asl.bari.it>  
**Cc:** <carmine.parlati@asl.bari.it>  
**Allega:** prot.n.11955\_24-03-2020.pdf  
**Oggetto:** Preparazione anti allergica ed esami necessari per prenotazione TC, RM , es. Contrastografici

Si trasmette in allegato nota prot.n.11955 del 24/03/2020 di cui all'oggetto.  
Cordiali saluti.

D'ordine del Direttore Generale Asl Ba

**La segreteria della Direzione Generale**  
**Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI (BA)**  
**Codice Fiscale/Partita IVA 06534340721**  
**Telefono: 080.584.2568**  
**Mail: [direzione.generale@asl.bari.it](mailto:direzione.generale@asl.bari.it)**  
**PEC: [protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it)**  
**<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>**

