



Servizio di Radiologia - Direttore dott. Christian Cugini

Tel. 041 290 6519 - fax 041 290 6691

E-mail: radiodiagnostica@ospedevillasalus.it

GESTIONE DEI PAZIENTI A RISCHIO DI REAZIONE AVVERSA A MEZZO DI CONTRASTO IODATO/PARAMAGNETICO

Alla cortese attenzione del Medico Curante
della/del Signora/Signor _____

I Pazienti a rischio di reazione avversa a MdC sono identificabili nelle seguenti categorie (www.sirm.org/download/3584):

- Pregressa reazione allergica o simil-allergica a seguito di un'indagine con la medesima classe di MdC da impiegare (per es. a base di gadolinio o di iodio);
- Presenza di asma bronchiale o orticaria-angioedema non controllati dalla terapia farmacologica;
- Mastocitosi se diagnosticata;
- Pregressa anafilassi idiopatica (ovvero storia di episodi/o di anafilassi in cui non è riconoscibile la causa scatenante).

L'allergia a molluschi, crostacei, pesci o altri alimenti non è da considerarsi fattore di rischio per reazioni da ipersensibilità a MdC. Anche l'allergia ad altre categorie di farmaci non è da considerare un fattore di rischio per tali reazioni.

Un'anamnesi positiva per reazioni da ipersensibilità ad antisettici iodati, quali soluzione di iodopovidone (Betadine) e iodoformio, non costituisce un fattore di rischio per reazioni a MdC a base di iodio.

Sebbene esistano scarse evidenze cliniche sull'efficacia della premedicazione, nei Pazienti a rischio suggeriamo un trattamento farmacologico preparatorio all'indagine radiologica con uso di MdC iodato/paramagnetico per via endovenosa, allo scopo di ridurre e/o prevenire reazioni allergiche, secondo il seguente schema:

<u>13 ore prima dell'esame radiologico</u>	PREDNISONE 50 mg in compresse per os (ad esempio 2 compresse di Deltacortene ®)
<u>7 ore prima dell'esame radiologico</u>	PREDNISONE 50 mg in compresse per os
<u>1 ora prima dell'esame radiologico</u>	PREDNISONE 50 mg in compresse per os CETIRIZINA 10 mg 1 compressa per os

È inoltre utile consigliare al Paziente un'abbondante idratazione prima e dopo l'esame, per accelerare l'eliminazione del MdC per via renale, soprattutto nei casi di insufficienza renale ed epatica.

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di aver eseguito la profilassi indicata.

Data ____/____/____

Firma _____