

**Il paziente deve assumere:**

CETIRIZINA (o altro antistaminico simile)	10 mg per bocca	12 ore e 1 ora prima dell'esame
DELTACORTENE	25 mg per bocca	12, 7 e 1 ora prima dell'esame

*Quindi, riassumendo:***12 ore** prima dell'esame: CETIRIZINA (o altro antistaminico simile), DELTACORTENE**7 ore** prima dell'esame: DELTACORTENE**1 ora** prima dell'esame: CETIRIZINA (o altro antistaminico simile), DELTACORTENE

Il Sottoscritto/a

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di avere correttamente assunto per bocca (via orale) la terapia farmacologica come previsto dallo **Schema di prevenzione delle reazioni anafilattoidi al mezzo di contrasto** (v.sopra) fornito dal Servizio di Radiodiagnostica, in quanto riconosciuto a rischio per reazioni anafilattoidi a mezzo di contrasto endovascolare.

Data _____

Firma paziente _____

Firma e matricola del Medico Radiologo per presa visione _____

Redatto e verificato da RQ, approvato da DIR