



## MODULO DI PREPARAZIONE

NO CORO TC

### PREPARAZIONE:

Digiuno dalla mezzanotte/ 6 ore.

Presentarsi con esiti di CREATININEMIA e GFR (quest'ultimo fino ai 70 anni).  
(da ritenersi validi entro 1 mese dalla loro esecuzione).

**QUALORA IL VALORE DELLA CREATININA SUPERASSE 1,5, E' NECESSARIO VALUTARE IL GFR.  
QUALORA IL VALORE DEL GFR FOSSE INFERIORE A 35**

LA PRESTAZIONE NON POTRA' ESSERE EFFETTUATA, MA DOVRA' ESSERE RIPROGRAMMATA CON ADEGUATA IDRATAZIONE SULLA SEDE DI MONZA, RIPRENOTANDOLA AL CUP E CON IMPEGNATIVA PER RICHIESTA DI IDRATAZIONE.

I pazienti in terapia con **METFORMINA**, devono sospenderne l'assunzione per le 48 ore precedenti l'esame e riassumerla il giorno successivo con adeguata idratazione per via orale. Assumere 600 mg/die N-Acetilcisteina (FLUIMUCIL).

Si avvisa che l'importo massimo da pagare per ticket è di Euro 36,00 per singola prescrizione erogata da Sistema Sanitario Regionale, con aggiunta del pagamento di una "quota ricetta" per un valore da stabilirsi a seconda del costo effettivo della prestazione (Min Euro 1,50/Max Euro 15)

- In caso di impedimento annullare la prestazione sul sito [www.policlinicodimonza.it](http://www.policlinicodimonza.it), sezione annulli.
  - Per le prestazioni prenotate tramite SSR è OBBLIGATORIA la richiesta del medico di base. Eventuali esenzioni DEVONO essere segnate sull'impegnativa. Portare sempre la tessera sanitaria.
  - Per l'esecuzione di prestazioni radiologiche solventi è necessaria la prescrizione medica.
  - Per tutte le prestazioni è obbligatorio presentare un documento di riconoscimento.
  - Per una migliore definizione clinica portare la documentazione sanitaria precedente e la lettera di dimissione.
  - Si prega di presentarsi allo sportello di accettazione almeno 30 minuti prima rispetto all'ora indicata.
  - Il paziente minorenne dev'essere accompagnato da uno dei genitori o dal tutore legale.
- Diversamente occorre compilare la delega:

Io sottoscritto.....in qualità di genitore o  
tutore legale (allegare copia documento attestante) di .....  
autorizzo il Policlinico di Monza all'esecuzione della prestazione per mio  
figlio/a .....e delego il/la  
sig.ra.....quale accompagnatore dello stesso,  
nonché informato delle condizioni di salute e delle principali notizie anamnestiche del minore.

Data..... Firma.....