



*Azienda Sanitaria Locale Br*  
Via Napoli, 8 – BRINDISI

**OSPEDALE PERRINO DI BRINDISI**  
**U.O. DI RADIOLOGIA – SEZIONE DI SENOLOGIA**

**SCHEDA DI PRENOTAZIONE RM MAMMARIA**

La Sig.ra .....

è prenotata il giorno ..... alle ore ..... in Risonanza Magnetica, piano terra  
dell'Ospedale Perrino.

Per l'esecuzione dell'esame sono necessari:

1. Un'impegnativa medica di RM mammaria senza e con mdc
2. La richiesta del medico specialista
3. La documentazione della paziente relativa agli esami senologici effettuati (mammografie, ecografie, eventuali biopsie, citologie, etc...)
4. I seguenti esami del sangue:
  - Bilirubinemia
  - Creatininemia
  - Azotemia

Le pazienti con **DIATESI ALLERGICA POSITIVA** effettueranno la seguente **terapia desensibilizzante** prima dell'esecuzione dell'esame:

per i 3 giorni prima dell'esame prendere ogni sera 1 cp da 10 mg di CETIRIZINA DICLORATO (es. ZIRTEC) o ANTISTAMINICO equivalente

All'antistaminico serale aggiungere:

- 13 ore prima dell'esame 2 cp di PREDNISONONE da 25 mg (es. DELTACORTENE)
- 7 ore prima 2 cp di PREDNISONONE da 25 mg
- 1 ora prima dell'esame 2 cp di PREDNISONONE da 25 mg
- 4 ore dopo l'esame 1 cp di PREDNISONONE da 25 mg + 1 cp di ANTISTAMINICO.

Si consiglia di assumere in contemporanea a tale terapia un gastroprotettore: RANITIDINA o OMEPRAZOLO.

**N.B. E' NECESSARIO INVIARE COPIA DELLE IMPEGNATIVE ALMENO 6 GG PRIMA DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME VIA FAX AL N° 0831/536641**