

Direttore Sanitario Dott. Triboto Francesco

PRESCRIZIONE PROTOCOLLO ANTI-ALLERGICO

Messina, li ____ / ____ / ____

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a
_____ il ____/____/____ dichiara di aver
praticato come da prescrizione sotto indicata, la premedicazione antiallergica
necessaria per eseguire l'esame TC con MdC programmato in data
____/____/____:

- **PREDNISONE 50mg compresse (DELTACORTENE FORTE 25mg x 2 compresse)**

Il farmaco in compresse è stato assunto 13 ore prima, 7 ore prima e 1 ora prima dell'esame e pertanto:

1. alle ore ____ del ____ / ____ / _____,
2. alle ore ____ del ____ / ____ / _____,
3. alle ore ____ del ____ / ____ / _____.

- **Antistaminico; segnalare quale dei due farmaci ("TRIMETON" oppure "CETIRIZINA") è stato assunto:**

- TRIMETON 10mg/1mL fiala** (1 fiala intramuscolo 1 ora prima dell'esecuzione dell'esame)

IN ALTERNATIVA

- CETIRIZINA 10mg compresse** (1 compressa 1 ora prima dell'esecuzione dell'esame)

Firma del paziente
