

# Informazioni/Questionario per il paziente

## Informationi importanti sul Dormicum (Midazolam)



MEDIZINISCH  
RADIOLOGISCHES  
INSTITUT

### Gentile paziente,

Il Dormicum (Midazolam) è un medicamento che allevia l'ansia, rilassa e induce sonnolenza, il cui effetto diminuisce molto rapidamente. Non ha alcun effetto antidolorifico. L'emivita del medicamento nel corpo è di circa 30 minuti. Durante l'assunzione del Dormicum può verificarsi una possibile amnesia a breve termine (perdita di memoria).

In casi molto rari, il Dormicum (Midazolam) può causare problemi respiratori e un calo della pressione sanguigna. Sarà quindi monitorato(a) per tutta la durata dell'esame. In caso di un effetto collaterale inaspettato, la somministrazione di un antidoto potrà immediatamente contrastare l'effetto del Dormicum (Midazolam).

Siamo tenuti a informarla che, dopo la somministrazione del Dormicum (Midazolam), la sua attenzione, concentrazione e capacità di mettersi alla guida sono ridotte.

Per questo motivo, non può partecipare attivamente al traffico stradale, guidare un veicolo, firmare documenti importanti o azionare macchinari per le 12 ore successive all'esame. Ciò vale per tutte le forme di dosaggio del Dormicum (Midazolam).

Le raccomandiamo di tornare a casa con un accompagnatore.

Cognome:	<input type="text"/>
Nome:	<input type="text"/>
Data di nascita:	<input type="text"/>
Peso:	<input type="text"/> kg

### Si prega di rispondere alle seguenti domande

	Sì	No
Soffre di sindrome da apnea del sonno (problemi di respirazione durante il sonno)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hai problemi di respirazione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha già preso un sedativo oggi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sì: quale medicamento?		

Dormicum i.v.*:	<input type="text"/> mg	Dormicum Nasenspray*:	<input type="text"/> Hübe/Seite
Datum*:	<input type="text"/>	Uhrzeit*:	<input type="text"/>

\*sarà compilato dal personale specializzato

**Se ha altre domande, chiedi al dottore/alla dottoressa curante di rispondere. Sono volentieri a sua disposizione a tal fine!**

Confermo di essere stato informato degli effetti e dei rischi del Dormicum (Midazolam) e agirò di conseguenza.

Data:	<input type="text"/>	Firma paziente:	<input type="text"/>	Dottore:	<input type="text"/>
-------	----------------------	-----------------	----------------------	----------	----------------------

