

SERVIZIO DI RADIOLOGIA - Responsabile dr. Diego Anselmi

## SCHEDA INFORMATIVA E CONSENSO PER L'ESECUZIONE DI ESAME RADIOLOGICO CON IMPIEGO DEL MEZZO DI CONTRASTO ORGANO IODATO

Gentile Signora/Signore,

il Suo Medico curante ha ritenuto opportuno suggerirle di sottoporsi ad un esame radiologico che consente di produrre immagini del corpo con radiazioni ionizzanti.

Per effettuare l'esame può essere necessario somministrarle in vena un mezzo di contrasto allo scopo di meglio visualizzare i suoi organi interni.

E' indispensabile per l'esecuzione dell'esame presentarsi con gli esiti di creatinina e azotemia; se l'assistito è diabetico è indispensabile anche l'esito della glicemia.

Gli operatori che effettueranno la procedura diagnostica sono a Sua completa disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

### EVENTI AVVERSI

dopo l'iniezione di mdc si avverte una transitoria sensazione di calore diffusa.

Benché i mezzi di contrasto attualmente a disposizione siano farmaci estremamente sicuri e collaudati, già somministrati a milioni di pazienti, occasionalmente (1-3%) possono indurre delle reazioni avverse che verranno prontamente trattate **dal Medico Rianimatore presente.**

Le reazioni possono essere lievi (nausea, vomito, dolore nella sede dell'iniezione), moderate (dispnea, ipotensione, tachicardia) o eccezionalmente a rischio per la vita (gravi aritmie, broncospasmo severo, arresto cardiorespiratorio, insufficienza renale acuta), reazioni ritardate (da 1 ora dall'inizio fino a 7 giorni, che consistono più frequentemente in eruzioni cutanee, sindrome similinfluenzale, disturbi gastrointestinali).

Nel caso in cui si manifestino reazioni allergiche ritardate, è consigliato recarsi in Pronto Soccorso.

Durante l'infusione a bolo di mezzo di contrasto vi è la possibilità che, per cause anatomiche o fragilità della vena, si possa verificare la rottura del vaso con conseguente stravasamento del mdc.

### COSA DIRE E COSA PORTARE AL MEDICO RADIOLOGO

E' molto importante riferire i sintomi che hanno portato all'esecuzione dell'esame ed esibire eventuali esami radiologici ed ecografici eseguiti in precedenza. Nel caso in cui l'esame si è ripetuto a distanza di tempo è necessario portare la TC precedente. Il medico radiologo deve poter consultare il risultato di eventuali altri esami strumentali o visite specialistiche, se disponibili, la relazione del curante o lettere di dimissione emesse in occasione di precedenti ricoveri.

### PREPARAZIONE ALL'ESAME

E' necessario eseguire un **digiuno completo** a partire da 4-6 ore prima dell'esame. **Il paziente deve presentarsi con i seguenti risultati recenti dei seguenti esami del sangue: CREATININA (non antecedente ad un mese) ed eventualmente GLICEMIA se il paziente è diabetico.**

### TERAPIA CON BIGUANIDI (METFORMINA)

Se si assume terapia con biguanidi (metformina) il paziente DEVE SOSPENDERE L'ASSUNZIONE DEL FARMACO 48 ore prima e dopo l'esecuzione dell'esame se presente riduzione della funzionalità renale.

## SEZIONE RISERVATA AL MEDICO PRESCRITTORE

Nell'inviare il paziente Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ che deve effettuare TAC con mezzo di contrasto, si dichiara di aver verificato la presenza del referto di **creatinina** (non antecedente i tre mesi) e di averne contestualmente valutato i risultati al fine di fornire l'idoneità all'esecuzione della sopracitata indagine diagnostica

### Note anamnestiche rilevanti

Gravidanza in atto      sì  no       data ultime mestruazioni \_\_\_\_\_  
*(informazione per donne in età fertile)*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ipertensione               | <input type="checkbox"/> Allattamento al seno in atto                            |
| <input type="checkbox"/> Insufficienza renale grave | <input type="checkbox"/> Ipertiroidismo  |
| <input type="checkbox"/> Iperuricemia               | <input type="checkbox"/> Cardiopatia (IV classe NYHA)                            |
| <input type="checkbox"/> Diabete mellito            | <input type="checkbox"/> Insufficienza epatica grave                             |
| <input type="checkbox"/> Asma bronchiale            | <input type="checkbox"/> Policitemia   |
| <input type="checkbox"/> Morbo di Waldenstrom       | <input type="checkbox"/> Recente assunzione di farmaci nefrotossici              |
| <input type="checkbox"/> Mieloma                    | <input type="checkbox"/> Recente (< 5 gg) esame con mezzo di contrasto iodato ev |
| <input type="checkbox"/> Mastocitosi                | <input type="checkbox"/> Anemia  |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____ |  |

### Farmaci in uso

- |  |                                    |   |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> betabloccanti | <input type="checkbox"/> Biguanidi | <input type="checkbox"/> Interleukina 2 |
| <input type="checkbox"/> FANS          | Altro (specificare): _____         |   |

### Allergie

- Lattice       Mezzo di contrasto (specificare): \_\_\_\_\_
- Farmaci (specificare): \_\_\_\_\_
- Altro (specificare): \_\_\_\_\_

### PREPARAZIONE ALLA PROCEDURA E RACCOMANDAZIONI PER I PAZIENTI IN TERAPIA

E' necessario eseguire un **digiuno completo** a partire da 4-6 ore prima dell'esame.

### Se si assumono terapie farmacologiche:

- **i pazienti diabetici che assumono Metformina** devono sospendere l'assunzione 48 ore prima dell'esame dopo aver consultato il medico curante o lo specialista che provvederà a sostituirlo con un altro prodotto antidiabetico. L'assunzione di Metformina potrà avvenire dopo almeno 48 ore dall'esame;
- **i pazienti con insufficienza renale** anche lieve, devono evitare l'assunzione, nelle 24 ore precedenti l'esame, di farmaci nefrotossici (FANS, antibiotici aminoglicosidi, beta-bloccanti);
- tutti gli altri farmaci devono essere assunti come d'abitudine

### Timbro e firma del Medico prescrittore

\_\_\_\_\_

## MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE CON MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO (TAC)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**dichiaro di essere stato informato/a riguardo la procedura diagnostica di:**

\_\_\_\_\_  
*(specificare il tipo di procedura e se questa viene effettuata utilizzando mezzo di contrasto paramagnetico / magnetico)*

In particolare, nel corso del colloquio con il Medico prescrittore, ho avuto modo di comprendere, nei contenuti essenziali, le caratteristiche della procedura:

- modalità di esecuzione
- modalità di preparazione
- finalità e vantaggi
- rischi connessi/complicanze
- contrasto necessità di effettuare eventuali indagini successive
- condizioni individuali particolari degne di nota: \_\_\_\_\_ e le alternative diagnostiche.

**PERTANTO, CON LA CONSAPEVOLEZZA CHE IL CONSENSO PUÒ ESSERE REVOCATO IN QUALSIASI MOMENTO**

**acconsento**     **non acconsento**  
a sottopormi alla procedura indicata

Data  
\_\_\_\_\_

Firma dell'interessato  
\_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico Radiologo  
\_\_\_\_\_