



**Dipartimento Servizi Sanitari**  
**Struttura Complessa di Diagnostica per Immagini**  
**QUESTIONARIO PRELIMINARE,**  
**NOTA INFORMATIVA e CONSENSO**  
**all'IMPIEGO di MEZZO di CONTRASTO IODATO**  
**PER VIA ENDOVENOSA**

La presente scheda è parte integrante della documentazione clinica del Paziente e deve essere consegnata **debitamente compilata e firmata dal Paziente e dal Medico Curante e/o prescrittore dell'esame.**  
**Se la scheda non viene compilata in tutte le sue parti, il mezzo di contrasto non può essere somministrato.**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ peso (Kg) \_\_\_\_\_

Esame Proposto: \_\_\_\_\_

Quesito Diagnostico: \_\_\_\_\_

**DATI INDISPENSABILI**

**FORNITI dal MEDICO CURANTE e/o PRESCRITTORE dell'ESAME**

Ci rivolgiamo alla cortesia del Medico Curante e/o prescrittore affinché controlli la veridicità di quanto affermato dal paziente nel seguente questionario. Questo allo scopo di individuare eventuali condizioni di rischio per l'esecuzione di indagini radiologiche con mezzo di contrasto (m.d.c.), anche in ottemperanza alle raccomandazioni di cui alla Nota del Ministero della Sanità del 17/9/97.

Il Medico Curante e/o prescrittore dichiara che, sulla base degli elementi clinici a sua conoscenza e dei dati anamnestici direttamente forniti dal Paziente (che qui sottoscrive) risulta quanto segue:

Precedenti reazioni a mezzo di contrasto iodati ? .....  SI  NO

Se sì, di che tipo? \_\_\_\_\_ In che anno? \_\_\_\_\_

moderate (orticaria, broncospasmo, ...)  gravi (edema polmonare o laringeo, shock anafilattico, ...)

- Altre manifestazioni allergiche: \_\_\_\_\_
- Asma bronchiale .....  SI  NO
- Insufficienza renale .....  SI  NO
- Se sì: Paziente in trattamento dialitico .....  SI  NO
- Disidratazione o uso cronico di diuretici .....  SI  NO
- Mieloma multiplo, amiloidosi o malattia di Waldenstrom .....  SI  NO
- Diabete mellito .....  SI  NO
- Se sì: in trattamento con Metformina.....  SI  NO
- Terapia in corso con farmaci nefrotossici
- (FANS, ACE-inibitori, aminoglicosidi, cisplatino, ciclosporina) .....  SI  NO
- Ipertiroidismo grave .....  SI  NO
- Insufficienza epatica severa .....  SI  NO
- Insufficienza cardiaca congestizia .....  SI  NO

*Le condizioni di rischio sopra elencate non rappresentano controindicazioni assolute all'esecuzione dell'indagine con mezzo di contrasto ma consentono di valutare il Paziente e di programmare l'esame nella maniera più idonea.*

**La presenza di una risposta affermativa nel questionario soprastante, potrebbe tuttavia precludere in alcuni casi l'esecuzione dell'esame.**

*I Medici del Reparto di Radiologia sono a disposizione dei Medici Curanti e/o prescrittore e dei Pazienti per ogni eventuale chiarimento in merito alle metodiche di indagine e all'utilizzo del mezzo di contrasto iodati.*

Allegati esami di laboratorio e referti diagnostici che definiscono il grado delle condizioni patologiche.

**Creatininemia** (valore mg/dl) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ (non anteriore ai 30 giorni con una tolleranza fino a 45 giorni) (portare sempre l'esame in copia o originale)

Firma e Timbro del **Medico curante e/o prescrittore** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del **Paziente** \_\_\_\_\_

**Dipartimento Servizi Sanitari**  
**Struttura Complessa di Diagnostica per Immagini**  
**QUESTIONARIO PRELIMINARE,**  
**NOTA INFORMATIVA e CONSENSO**  
**all'IMPIEGO di MEZZO di CONTRASTO IODATO**  
**PER VIA ENDOVENOSA**

**PROFILASSI FARMACOLOGICA A CARICO**  
**dal MEDICO CURANTE e/o PRESCRITTORE dell'ESAME**  
**(SOLO IN PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO)**

- Nel caso di **Pazienti genericamente allergici** potrebbe essere necessario instaurare una **premedicazione** farmacologica.  
In caso di **precedenti allergie al mezzo di contrasto** o **manifestazioni allergiche in atto** l'esame può essere eseguito **soltanto in casi di estrema necessità**, previa valutazione anamnestica da parte dell'Anestesista-Rianimatore.
- Se il Paziente ha **funzione renale ridotta** [Creatinina >1,3 mg/dL e GFR >30 e <60 ml/min (calcolato con la formula MDRD)], si deve praticare, se le condizioni circolatorie lo consentono, un'**idratazione isotonica per via endovenosa** (3 mL/Kg di Sodio Bicarbonato [150 meq in 850 mL di acqua sterile] 1 ora prima dell'esame), somministrare **Acetilcisteina** (es.: Flumucil, 2 cps da 600 mg x 2/die il giorno prima ed il giorno dell'esame) e sospendere la terapia diuretica.
- Se il Paziente è **diabetico** in trattamento con **Metformina**, il farmaco deve essere **sospeso il giorno dell'esecuzione dell'esame e per 48 ore dopo** l'esame per evitare il rischio di acidosi lattica.

Firma e Timbro del **Medico prescrittore** \_\_\_\_\_

**\*Il Paziente dichiara di aver provveduto ad eseguire la profilassi sopra indicate, rispettando posologia ed orario.**

Data \_\_\_\_\_ Firma del **Paziente** \_\_\_\_\_

### **INDICAZIONI DA SEGUIRE**

Un'adeguata **idratazione** è fondamentale per prevenire la nefrotossicità. È necessario pertanto:

1. Valutare se eseguire l'esame qualora insorgessero condizioni favorevoli la disidratazione (diarrea, vomito, recenti esami richiedenti una preparazione intestinale).
2. **Valutare assieme al proprio Medico Curante e/o prescrittore** l'opportunità di ridurre/sospendere i diuretici.
3. Non assumere lassativi nei 3 giorni precedenti l'esame.
4. Si raccomanda una dieta con contenuto idrico maggiore o uguale a 2 litri/die (N. B.: nei pazienti cardiopatici il medico valuta caso per caso tale indicazione).
5. È consigliabile la successiva assunzione di molti liquidi per favorire una più rapida eliminazione del mezzo di contrasto con le urine.

## PROMEMORIA

### PREPARAZIONE DEL PAZIENTE

**Digiuno non inferiore alle 6 (sei) ore:** si potranno assumere farmaci in caso di terapia medica o farmaci salvavita.

### IL GIORNO DELL'ESAME IL PAZIENTE DEVE ESIBIRE

- 1) Documentazione clinica, laboratoristica e radiologica disponibile e utile all'indagine;
- 2) Consenso debitamente compilato dal Medico Curante e/o prescrittore;
- 3) Creatininemia non anteriore ai 30 giorni con una tolleranza fino a 45 giorni

### NOTA INFORMATIVA

Il medico che la segue ha ritenuto opportuno proporle di sottoporsi ad un esame che richiede l'impiego di mezzo di contrasto (m.d.c.) organoiodato (non ionico) per capire meglio il suo problema clinico e per trattarlo con la terapia più opportuna.

Per effettuare l'esame è necessario iniettarLe per via endovenosa un liquido contenente **iodio**, opaco ai raggi X, che rende visibili le strutture vascolari e gli organi sottoposti all'indagine. Il mezzo di contrasto viene eliminato dai reni attraverso l'urina.

Per gli esami con mezzo di contrasto (m.d.c.) è necessario il **digiuno** allo scopo di limitare o annullare l'insorgenza di nausea o vomito causata dal mezzo di contrasto. In alcuni esami è utile riempire il tubo gastroenterico allo scopo di opacizzarlo: a questo scopo, Le verrà fornito un preparato acquoso da bere nella mezz'ora precedente l'esame.

Nella sala diagnostica Le verrà inserito in una vena periferica, un ago-cannula per l'iniezione del mezzo di contrasto. 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 mezzo di contrasto; in questo caso la tumefazione viene trattata con pomate sintomatiche e impacchi caldo-umidi, eventualmente da proseguire a domicilio.

**Presso la nostra Struttura Complessa di Diagnostica per Immagini sono in uso soltanto i più recenti mezzi di contrasto di tipo non ionico, meglio tollerabili e con minor rischio di reazioni avverse rispetto a quelli usati in passato, ma occasionalmente possono dare problemi quali:**

- **REAZIONI MINORI:** Vampate di calore, sudorazione, nausea, vomito, secchezza delle fauci orticaria circoscritta. Questi sintomi in genere non richiedono alcuna terapia medica e si risolvono rapidamente .
- **REAZIONI MEDIE:** Orticaria diffusa, dispnea, broncospasmo, alterazioni pressorie, irregolarità del battito cardiaco, angina, convulsioni, lipotimia o perdita di coscienza. Queste reazioni richiedono di solito una terapia medica. La probabilità che esse si verifichino è circa dell'1 -3%.
- **REAZIONI SEVERE:** Edema della glottide, shock anafilattico. La probabilità che esse si verifichino è circa dello 0,04%.



**Dipartimento Servizi Sanitari**  
**Struttura Complessa di Diagnostica per Immagini**  
**QUESTIONARIO PRELIMINARE,**  
**NOTA INFORMATIVA e CONSENSO**  
**all'IMPIEGO di MEZZO di CONTRASTO IODATO**  
**PER VIA ENDOVENOSA**

Pagina 4 di 4

- **REAZIONI MOLTO SEVERE:** Assai raramente, come succede per molti farmaci, i mezzi di contrasto possono causare il decesso. La probabilità che ciò avvenga è circa dello 0,004%.  
Per queste rare evenienze la nostra Struttura Complessa di Diagnostica per Immagini dispone di personale, farmaci ed attrezzature idonei all'assistenza al Paziente e vi è la pronta disponibilità del Medico Anestesista-Rianimatore che, in caso di necessità, potrà predisporre l'invio al Pronto Soccorso previa attivazione del numero unico per le emergenze (112).
- In alcuni casi si possono avere **REAZIONI RITARDATE** al mezzo di contrasto (a distanza di uno o alcuni giorni dall'esame), solitamente di tipo cutaneo. Queste reazioni guariscono senza terapia e in maniera spontanea.  
Nel caso in cui si manifestino reazioni allergiche ritardate è consigliato rivolgersi al proprio Medico Curante o in alternativa, recarsi in Pronto Soccorso.

**Io sottoscritto** \_\_\_\_\_ **dichiaro di essere stato esaurientemente informato** sull'indicazione clinica, le modalità di svolgimento e sulle possibili complicanze e rischi connessi con l'esecuzione dell'indagine con mezzo di contrasto.

Confermo di aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto

- ACCONSENTO** di sottopormi all'esame  
 **NON ACCONSENTO** di sottopormi all'esame

Nome e Cognome **Paziente**

Data

**FIRMA del Paziente**

[COGNOME\_PAZIENTE] [NOME\_PAZIENTE]

\_\_\_\_\_

In caso di minore, firma dei genitori o di chi ne fa le veci \_\_\_\_\_

**Firma del Medico** che ha comunicato le informazioni \_\_\_\_\_

Le condizioni psico-fisiche del Paziente, affetto da \_\_\_\_\_ non consentono di fornire un'adeguata informazione e di acquisire un valido consenso. Si esegue comunque l'esame al fine di tutelare la salute del Paziente. I parenti sono stati informati e prendono atto della situazione.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_

**Si raccomanda di portare in visione la DOCUMENTAZIONE CLINICA** (visite specialistiche, descrizione di interventi chirurgici, lettere di dimissione ospedaliera, ...) e **RADIOLOGICA** (radiografie, ecografie, TAC o Risonanza Magnetica) relative alla problematica clinica in esame.

**IN ASSENZA DI QUESTA DOCUMENTAZIONE L'ESAME POTRÀ NON ESSERE ESEGUITO**