

**Informativa e consenso informato all'esecuzione di esame TC**

UOC RADIOLOGIA

Bussolengo/Villafranca – Legnago – San Bonifacio

Rev 01 del 17/07/2017
Pagina 1 di 2

Dati del Paziente	Distretto da esaminare
Cognome _____	Elementi clinici _____ _____ _____
Nome _____	
Data di nascita ____/____/____ Peso ____ Kg	

MODULO INFORMATIVO ESAME TC

CHE COS'E': La TC è una tecnica diagnostica che utilizza radiazioni ionizzanti e fornisce, rispetto alla radiologia tradizionale, un miglior dettaglio morfologico di tutte le strutture anatomiche. Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica; inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso per il possibile rischio di danni al feto.

COME SI EFFETTUA Il paziente viene posizionato su un lettino che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (gantry) al cui interno si trovano la fonte di raggi X ed i dispositivi di rilevazione. I dati di rilevazione ottenuti vengono rielaborati da un computer che li trasforma in immagini del distretto esaminato. Esiste la possibilità di ottenere anche ricostruzioni anatomiche nei tre piani dello spazio. In relazione al tipo di quesito diagnostico il Medico Radiologo può somministrare un mezzo di contrasto iodato non ionico addizionato a soluzione fisiologica per via endovena.

EVENTUALI EVENTI AVVERSI: dopo l'iniezione di mdc si avverte una transitoria sensazione di calore diffusa. Una funzionalità renale compromessa è il principale limite all'uso del mezzo di contrasto organo-iodato. I mezzi di contrasto iodati attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri; tuttavia è possibile che durante e dopo la somministrazione di mdc iodato si verificano effetti indesiderati legati a **reazioni allergiche** che possono essere immediate o ritardate. In rapporto al grado di severità le reazioni possono essere **minori** (come vampate di calore, dolore nella sede dell'iniezione, starnuti, nausea, vomito, orticaria circoscritta) sintomi che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono spontaneamente; **medie o severe** (orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari o perdita di coscienza, shock anafilattico, edema della glottide) che richiedono di solito terapia medica o l'intervento del rianimatore. In casi del tutto eccezionali, come avviene con molti altri farmaci, i mezzi di contrasto possono causare decesso. **Reazioni ritardate** (da 1 ora dall'inizio fino a 7 giorni, che consistono più frequentemente in eruzioni cutanee, sindrome similinfluenzale, disturbi gastrointestinali) che si risolvono per lo più senza terapia.

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 stravaso del mdc.

RACCORDO ANAMNESTICO**Eventuali malattie note**

- Asma
 Diabete
 Malattia allergica trattata farmacologicamente
 Insufficienza renale (creatininemia ____ o GFR ____ Data esame _____ non anteriore a 90 gg. prima dell'esame)
 Assunzione recente di farmaci nefrotossici (se sì, specificare).....

Attuale terapia con biguanidi (metformina):

- SI : il paziente DEVE SOSPENDERE L'ASSUNZIONE DEL FARMACO 48 ore prima e dopo l'esecuzione dell'esame se presente riduzione della funzionalità renale.
 NO

Precedenti somministrazioni di mdc:

- SI
 NO

Precedenti reazioni allergiche a mdc:

- SI *
 NO

Precedenti reazioni allergiche a farmaci o altre sostanze:

- SI (specificare quali:)*
 NO

**Informativa e consenso informato all'esecuzione di esame TC**

UOC RADIOLOGIA

Bussolengo/Villafranca – Legnago – San Bonifacio

Rev 01 del 17/07/2017
Pagina 2 di 2

*** IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE A MDC O A FARMACI E' NECESSARIO ESEGUIRE PREPARAZIONE DESENSIBILIZZANTE.**

Secondo le linee guida della European Society of Uroradiology - ESUR:

prednisolone 30 mg (o metiprednisolone 32 mg) per os, 12 e 2 ore prima dell'esame.

NB: qualora non sia possibile la terapia orale:

somministrare per via ev 20 mg di SOLUMEDROL (metilprednisolone), con dose totale rispettivamente di 80 mg (12 h prima) + 20 mg (2 h prima).

L'esame richiesto non verrà eseguito qualora il Paziente non risultasse premedicato.

Data _____

Timbro e firma per esteso del Medico Curante/ Specialista

DA LEGGERE E COMPILARE DA PARTE DEL PAZIENTE

Per l'esecuzione di un esame radiologico che preveda l'utilizzo del mdc è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore, con l'esclusione dei farmaci abitualmente assunti che possono essere ingeriti con acqua.

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

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto Sig/ra _____ ho preso visione delle informazioni relative alla procedura radiologica proposta ed ho ricevuto in proposito risposte chiare di esaurienti ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi o da reazioni avverse, che nel mio caso specifico mi sono stati adeguatamente illustrati. Mi è stato comunicato che sono state comunque predisposte tutte le idonee misure e precauzioni per prevenire e/o fronteggiare ogni eventuale complicanza.

Pertanto dichiaro di:

- Acconsentire allo svolgimento dell'indagine con somministrazione di mdc.
 Acconsentire allo svolgimento dell'indagine senza somministrazione di mdc.
 Non acconsentire allo svolgimento dell'indagine.

PER LA DONNA: STATO DI GRAVIDANZA SI NO NON SO

Data _____

Firma per esteso del Paziente o del Titolare del consenso

RIPENSAMENTO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO

Data _____

Firma per esteso del Paziente o del Titolare del consenso

In caso di paziente minorenni la firma di un genitore o di chi ne fa le veci

Firma del Medico Radiologo responsabile
