

CONSENSO INFORMATO TAC CON MEZZO DI CONTRASTO

Il seguente modulo è suddiviso in due parti. La prima parte informativa per il paziente la seconda parte riservata alla compilazione da parte del medico curante/prescrittore. Si prega altresì di porre particolare attenzione alle parti scritte in grassetto o sottolineate.

Parte I: NOTA INFORMATIVA

Nel corso dell'indagine radiologica richiesta, per poter fornire elementi utili alla diagnosi del Suo caso, è necessario somministrare mediante iniezione in vena una particolare sostanza detta mezzo di contrasto. Questo permette di riconoscere con maggiore chiarezza sia strutture normali (in particolare vie escrettrici urinarie, vasi arteriosi e venosi) sia eventuali processi patologici e spesso di precisarne la natura. I mezzi di contrasto (MdC) organiodati (TAC) possono, come tutti i farmaci, provocare effetti collaterali e alcune reazioni avverse. Le reazioni lievi (nausea, vomito, prurito) o moderate (vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo) sono in genere risolte con semplici provvedimenti terapeutici. Rarissimamente, si possono verificare reazioni severe (shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-respiratorio), che in casi eccezionali possono provocare il decesso. Nella nostra struttura l'iniezione endovenosa di mezzi di contrasto è eseguita con la supervisione di un medico rianimatore.

CONTROINDICAZIONI E PRECAUZIONI

(Situazioni nelle quali il Mezzo di Contrasto non deve essere somministrato o somministrato con particolare cautela): Gravidanza ; Allergie ; Ipertiroidismo (TAC) ; Mieloma multiplo; Nefropatia, Intervento chirurgico a carico dei reni/trapianto; Proteinuria; Diabete mellito; Recente assunzione di farmaci nefrotossici; Insufficienza renale: i mezzi di contrasto organo-iodati, infatti, sono altamente tossici per i reni e possono aggravare uno stato di insufficienza renale latente. È necessario, quindi, che il medico richiedente, in esami che richiedono l'utilizzo endovenoso di mezzi di contrasto organo-iodati, escluda la presenza di Insufficienza Renale, avvalorandosi dei test di funzionalità renale (Filtrato Glomerulare o creatininemia), non antecedenti 30 giorni dalla data dell'esame. In presenza di fattori di rischio la valutazione della funzionalità renale deve essere eseguita nei 7 giorni antecedenti l'esame. Per le donne in allattamento non è necessario sospendere l'allattamento, ma opportuno avvisare il medico della struttura il giorno dell'esame. Qualora dopo la lettura di quanto sopra e l'illustrazione da parte di nostro personale, desiderasse altre informazioni, non esiti a richiedercele, le forniremo ogni possibile ulteriore chiarimento e informazione. L'utente ha la facoltà ed opportunità di chiedere ulteriori delucidazioni in ogni momento dell'indagine. Il medico Radiologo e il Medico Anestesista sono a disposizione per qualsiasi chiarimento.

PREPARAZIONE ALL'ESAME:

- **Mantenere il DIGIUNO DA ALMENO 5 ORE PRIMA DELL'ESAME e non bere nell'ora precedente all'esame.**
- **Non sospendere il trattamento farmacologico abituale se non specificato dal Medico**
- **Bere 1,5 litri di acqua il giorno dell'esame e nei tre giorni successivi all'esame**
- **PORTARE EVENTUALI PRECEDENTI RADIOLOGICI E LA DOCUMENTAZIONE (OVE ESISTENTE) RELATIVA AL QUESITO DIAGNOSTICO (ECOGRAFIE, RADIOGRAFIE, TAC, REFERTI DI VISITE SPECIALISTICHE E ALTRI ESAMI DIAGNOSTICI) 4 GIORNI PRIMA DELLA DATA FISSATA PER L'ESAME.**
- **PORTARE IN VISIONE I VALORI DEI SEGUENTI ESAMI, ESEGUITI DA NON PIÙ DI UN MESE: CREATININA**

DATI DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO PRESCRITTORE/CURANTE

La compilazione di questa sezione attestante l'esistenza o meno di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio o grave in seguito all'introduzione di mezzi di contrasto è obbligatoria, da parte del Medico, per gli esami con somministrazione di mezzo di contrasto.
Si prega di compilare in stampatello maiuscolo.

DATI DEL PAZIENTE

COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		PESO KG	
ESAME RICHIESTO			

DISTRETTO DA ESAMINARE

NOTIZIE CLINICHE E SOSPETTO DIAGNOSTICO

DIATESI AELLERGICA

Comprovato rischio allergico a contrasti organi iodati (TAC) SI NO
In caso di risposta affermativa l'esame deve essere eseguito in struttura ospedaliera

CONTROINDICAZIONI PRECAUZIONI

INSUFFICIENZA RENALE	SI	NO	IPERTIROIDISMO	SI	NO
ASMA	SI	NO	INSUFFICIENZA EPATICA GRAVE	SI	NO
INSUFFICIENZA CARDIOVASCOLARE	SI	NO	DIABETE	SI	NO
IPERTENSIONE	SI	NO	SCOMPENSO CARDIACO	SI	NO

TRATTAMENTO IN ATTO CON I FARMACI

In trattamento con Metformina SI NO
In caso di risposta positiva il farmaco deve essere sospeso nelle 24 ore precedenti l'esame e essere ripreso 24 ore dopo l'esame

Data _____ Timbro e Firma del Medico Prescrittore _____

A CURA DEL MEDICO RESPONSABILE DELLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO:

In base ai dati forniti si dichiara idoneo il paziente alla somministrazione del mezzo di contrasto.

Data _____ Timbro e Firma del Medico Anestesista _____

A CURA DEL PAZIENTE: CONSENSO SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO

Il sottoscritto _____ nato il _____ ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della valutazione dei benefici clinici diagnostici e dei rischi collegati, acconsento alla somministrazione del mezzo di contrasto.

Data _____ Firma del Paziente _____
(Paziente o Esercente patria potestà e/o tutoriale – Per consenso esecuzione minori)