

Distretto 2 "Alto Vicentino"

Unità Operativa Complessa di Radiologia

CONSENSO INFORMATO ALL'USO DEL MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO

(Attenzione: in mancanza di una corretta compilazione l'esame non potrà essere effettuato)

DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE

PAZIENTE Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ Peso (kg) _____ Sesso Maschile Femminile

ESAME RICHIESTO _____

QUESITO CLINICO

Note anamnestiche (pregressi interventi chirurgici) _____

EVENTUALI MALATTIE NOTE (barrare se presente)

Allergia a Mdc organo-iodato (se si specificare quale: _____) ¹

Mastocitosi, angioedema ricorrente, anafilassi idiopatica SI ² NO

NB: in caso di asma bronchiale sintomatica e orticaria in atto si consiglia sospensione dell'esame sino a risoluzione completa del quadro.

Assunzione recente Farmaci potenzialmente Nefrotossici (diuretici, FANS, amino glicosidi, sartani, ACE-inibitori) e anti diabetici orali (Metformina), specificare _____

1) Creatininemia _____ **E 2) GFR** _____ Data esecuzione _____ (non anteriore ai 90 gg)

Non rilevo controindicazioni a sottoporre il Paziente alla somministrazione e.v. di MDC iodato

Data _____

_____ Timbro e Firma per esteso del Medico curante o Specialista

A - IN CASO DI ANAMNESI INSUFFICIENZA RENALE LIEVE (CREATINEMIA > 1,5 mg/dl; GFR < 60 ml/min) SI RACCOMANDA LA PREMEDICAZIONE IDRATANTE PREVISTA DAL PROTOCOLLO AZIENDALE (evidenziare terapia somministrata e apporre firma sul modulo specifico, allegato al protocollo aziendale e che dovrà essere consegnato dal Paziente al Medico Radiologo).
B - IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER PRECEDENTI REAZIONI DI TIPO ALLERGICO A MDC ORGANO-IODATO O PER LE PATOLOGIE ELENcate SI RACCOMANDA LA SEGUENTE PREPARAZIONE FARMACOLOGICA DESENSIBILIZZANTE
(si consiglia di venire accompagnati per l'effetto sedativo dei farmaci e conseguenti rischi correlati alla guida):

¹ Per os: Prednisone 50 mg (Deltacortene Forte 2 cp 25 mg) 13, 7 ed 1 ora prima esame + Cetirizina 10 mg (Zirtec 10 mg) 1 ora prima esame; oppure E.V.: Metilprednisolone 40 mg (Urbason 40 mg) 12 e 2 ore prima esame + Clorfenamina 10 mg (Trimeton 10 mg) e Montelukast 10 mg (Singulair 10 mg - per os) 1 ora prima esame.

² Per os: Prednisone 50 mg (Deltacortene Forte 2 cp 25 mg) 12 e 2 ore prima esame + Cetirizina 10 mg (Zirtec 10 mg) e Montelukast 10 mg (Singulair 10 mg) per os 1 ora prima esame; oppure E.V.: Metilprednisolone 40 mg (Urbason 40 mg), Clorfenamina 10 mg (Trimeton 10 mg) e Montelukast 10 mg (Singulair 10 mg - per os) 1 ora prima esame.

L'esame radiologico non verrà eseguito qualora il Paziente con anamnesi positiva per reazioni allergiche non risultasse premedicato secondo le prescrizioni sopra specificate.

Ho provveduto a disporre la premedicazione A - B (¹ o ²) al Paziente.

Data _____

_____ Timbro e Firma per esteso del Medico curante o Specialista

LEGGERE E COMPILARE DA PARTE DEL PAZIENTE

DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

Nel caso in cui l'indagine richiesta preveda l'utilizzo di mezzo di contrasto è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore, bere ½ litro di acqua 2 ore prima dell'esame e assumere i farmaci abituali, se non controindicati.

MODALITA': Il/la paziente è posto sdraiato, sul tavolo radiologico o sul lettino della TAC. Viene posizionato l'ago cannula preferibilmente nell'avambraccio attraverso il quale, per via endovenosa con infusione o tramite iniettore automatico, viene somministrato un **mezzo di contrasto iodato non ionico** (m.d.c): la quantità di m.d.c. varia in rapporto alla metodica, al quesito diagnostico ed al distretto corporeo da esaminare. Successivamente vengono acquisite le immagini con modalità predefinite.

TEMPI: l'indagine ha generalmente una durata complessiva di 20-30 minuti circa.

DOPO L'ESAME: non sono previste controindicazioni alla ripresa delle ordinarie attività.

EVENTI AVVERSI: dopo l'iniezione di m.d.c. si avverte una transitoria sensazione di calore diffusa. E' possibile che durante e dopo la somministrazione di m.d.c. 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 **lievi** (nausea, vomito, dolore nella sede dell'iniezione), **moderate** (respirazione difficoltosa, ipotensione, aumento dei battiti cardiaci) o eccezionalmente **a rischio per la vita** (gravi aritmie del cuore, broncospasmo severo, arresto cardio-respiratorio, insufficienza renale acuta), **reazioni ritardate** (da 1 ora dall'iniezione fino ad 7 giorni) che consistono più frequentemente in eruzioni cutanee, sindrome simil influenzale, disturbi gastro-intestinali. Nel caso in cui si manifestino reazioni allergiche ritardate è consigliato recarsi in Pronto Soccorso. Per far fronte a qualsiasi complicanza il Servizio è fornito di farmaci, di attrezzature e di personale idoneo.

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto Sig. _____ ho preso visione delle informazioni relative alla procedura radiologica proposta ed ho ricevuto in proposito risposte chiare ed esaurienti ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come in molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi o eventi avversi, 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 e ho seguito le indicazioni.

pertanto dichiaro di

| | **Acconsentire** allo svolgimento dell'indagine

| | **Non acconsentire** allo svolgimento dell'indagine

PER LA DONNA: Stato di Gravidanza **SI** **NO**

Data _____

Firma del Paziente o del Titolare del consenso

DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO RADIOLOGO

RICHIESTA DI ANESTESISTA **SI** **NO**

ACCETTAZIONE DELL'ESAME **SI** **NO** _____

(Se NO specificare il motivo)

SOSTITUZIONE ESAME PROPOSTO CON _____

Firma del Medico Radiologo