

<b>CASA DI CURA "DI LORENZO"</b>	<b>RICHIESTA ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO</b>	<b>M-RAD02</b> Rev. 0 del 01/06/16
--------------------------------------	---	--

**All'unità operativa di Radiologia**  
**Modulo per richiesta di esame con MDC organo-iodato per via iniettiva**

Cognome ..... Nome ..... Nato/a il .....

Ricoverato/a c/o U.O. .... Cartella n° ..... Ambulatoriale .....

Medico curante ..... Recapito telefonico .....

Quesito clinico .....

Indagine proposta .....

Per la corretta valutazione clinico-anamnestica è indispensabile conoscere dati relativi a:

Comprovato rischio allergico a contrasti organo-iodati o ad altre sostanze	SI	NO
Ha mai effettuato esami radiologici con iniezione endovenosa di MDC?	SI	NO
Insufficienza epatica grave	SI	NO
Insufficienza renale grave	SI	NO
Insufficienza cardio-vascolare grave	SI	NO
Anamnesi per mieloma, paraproteinemia, ipertiroidismo	SI	NO
Assunzione di alcool/droghe	SI	NO

**RISERVATO ALLE PAZIENTI IN ETA' FERTILE**

Consapevole dell'effetto delle radiazioni ionizzanti, la sottoscritta dichiara sotto la propria responsabilità di non essere, alla data odierna in stato di gravidanza o presunta tale.

DATA.....

.....  
(firma del paziente)

Data .....

.....  
(firma **LEGGIBILE** del medico curante)

**Parte da compilare a cura del personale del Servizio di Diagnostica per Immagini**

Indicazione	Appropriatezza	Consulto anestesilogico
<input type="radio"/> Esame indicato	<input type="radio"/> Esame appropriato	<input type="radio"/> Richiesto
<input type="radio"/> Esame non indicato	<input type="radio"/> Esame non appropriato	<input type="radio"/> Non richiesto
<input type="radio"/> Esame controindicato		
Note .....		
Data prevista per l'esame .....		
Radiologo per approvazione (firma leggibile) .....		

## SINTESI INFORMATIVA

<b>CASA DI CURA "DI LORENZO"</b>	1	<b>M-CIP02</b> Rev. 2 del 23/05/2016
--------------------------------------	---	--

### CHE COS'E'2E N

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.

### A COSA SERVE

E' un'indagine di approfondimento diagnostico che sulla base d'indicazione clinica consente di studiare problematiche traumatologiche, oncologiche, infiammatorie e, più in generale, situazioni di urgenza-emergenza di tutti i distretti corporei.

### 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.

A discrezione del Medico Radiologo e in relazione al tipo di patologia da studiare, può essere necessario somministrare un mezzo di contrasto per via endovenosa che migliora il potere diagnostico della metodica.

### COSA PUO' SUCCEDERE- EVENTUALI COMPLICANZE

Una **funzionalità renale compromessa** è il principale limite all'uso del **mezzo di contrasto organo- iodato**. Per tale motivo a testimonianza di una funzionalità renale non compromessa **può essere richiesto** un valore della **creatininemia recente**.

I mezzi di contrasto iodati attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, ma occasionalmente possono dare le seguenti reazioni:

**MINORI** come vampate di calore, starnuti, nausea, vomito, orticaria circoscritta, sintomi che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono spontaneamente.

**MEDIE O SEVERE** come orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari o perdita di coscienza, shock anafilattico, edema della glottide, 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.

I medici ed il personale della radiologia sono addestrati per curare nel miglior modo possibile queste reazioni nel caso si verificassero.

Esiste la possibilità di reazioni ritardate (entro una settimana), generalmente cutanee lievi, che si risolvono per lo più senza terapia.

E' altresì possibile la comparsa di altri effetti collaterali, più rari, generalmente di lieve-media entità e l'aumento di probabilità di comparsa degli effetti collaterali segnalati, per patologie concomitanti e l'esecuzione di altri trattamenti (farmacologici, chemioterapici,...).

### PREPARAZIONE NECESSARIA -RACCOMANDAZIONI

Per l'esecuzione di un esame che preveda l'utilizzo del mezzo di contrasto è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore (con l'esclusione dei farmaci abitualmente assunti che possono essere ingeriti o di acqua).

In caso di esecuzione di esami con mezzo di contrasto è indispensabile avvertire preventivamente ( al momento della prenotazione) di importanti allergie note, condizioni asmatiche.

Per ottenere la migliore qualità delle immagini e non compromettere il risultato diagnostico, **durante tutto l'esame** è necessario mantenere il massimo grado di **immobilità, respirando regolarmente**.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo

.....  
.....  
.....  
.....

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO  
INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI  
Tomografia Computerizzata CON MEZZO DI CONTRASTO**

**Dichiarante**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore.....

(2) in qualità di tutore del paziente.....

**Informato/a** dal Dott. \_\_\_\_\_

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Tomografia Computerizzata CON MEZZO DI CONTRASTO

**Reso/a consapevole:**

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;

**Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto**

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

- accetto l'indagine proposta**                       **rifiuto l'indagine proposta**

**Medico radiologo** \_\_\_\_\_

Eventuale interprete \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_