

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome (paziente) _____

Data di nascita _____ Peso (kg) _____ Sesso Maschile Femminile

Esame Richiesto _____

Quesito Clinico _____

EVENTUALI MALATTIE NOTE: barrare se presenti

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angina instabile | <input type="checkbox"/> Grave ipertensione polmonare |
| <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca | <input type="checkbox"/> Asma o allergopatia trattata farmacologicamente* |
| <input type="checkbox"/> Malattia cardiaca coronarica acuta | <input type="checkbox"/> Precedenti reazioni allergiche a mezzo di contrasto ecografico* |

*se SI, seguire la premedicazione riportata a fine modulo

PER LA DONNA: stato di gravidanza SI NO

Data _____

Timbro e Firma per esteso del **Medico Curante** o Specialista

Nel caso in cui l'indagine richiesta preveda l'utilizzo di mezzo di contrasto È NECESSARIO ESSERE A DIGIUNO DA ALMENO 6 ORE, ad esclusione dell'acqua e dei farmaci abitualmente assunti.

DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

MODALITA': l'ecografia è una tra le più sicure procedure diagnostiche, è basata sull'utilizzo degli ultrasuoni per visualizzare ed esaminare varie strutture anatomiche. Verrà sottoposto ad un'ecografia con l'utilizzo anche di un mezzo di contrasto (SonoVue) allo scopo di ottenere una diagnosi più sicura della Sua eventuale patologia, permettendo di velocizzare la diagnosi e l'eventuale successivo intervento terapeutico.

TEMPI: l'indagine varia da 15 a 20 minuti circa in rapporto al distretto da esaminare.

IL MEZZO DI CONTRASTO UTILIZZATO: SonoVue è un mezzo di contrasto per ecografi costituito da una soluzione contenente piccole bollicine che racchiudono al loro interno un gas inerte (esafluoruro di zolfo [SF6]).

SonoVue è iniettato per via endovenosa, rimane in circolo per un periodo sufficiente a migliorare l'immagine ecografica degli organi e dei vasi sanguigni esplorati al fine di ottenere maggiori informazioni diagnostiche. SonoVue è utilizzato per indagini radiologiche fin dall'ottobre 2001, ed è stato finora somministrato a circa 900.000 pazienti. Durante tutto questo periodo solo raramente sono stati riportati casi (circa 0.01%) di reazioni allergiche con sintomi quali eruzioni cutanee, diminuzione della frequenza cardiaca, grave diminuzione della pressione ed in qualche caso perdita di coscienza. Gli eventi segnalati possono essere seri specialmente se si verificano in pazienti con patologia cardiaca grave. Altre reazioni che si possono osservare sono mal di testa (1.3%), reazioni in sede di

iniezione (arrossamento, gonfiore, dolore) nausea, dolore toracico, alterazione del gusto, formicolio, sensazione di calore con rossore. La maggior parte di queste reazioni è di lieve entità e si risolve spontaneamente in brevissimo tempo senza conseguenze. **E' PERCIO' IMPORTANTE CHE CI SEGNALI SE Lei è affetto/a da malattia cardiaca coronarica, da insufficienza cardiaca o da grave ipertensione polmonare.**

SOTTOSCRIZIONE DEL 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.

Pertanto dichiaro di:

- Acconsentire** allo svolgimento dell'indagine: **con MdC** **senza MdC**
 Non acconsentire allo svolgimento dell'indagine

Data _____

Firma ✓ _____
del paziente o genitore o tutore legale o
amministratore di sostegno (nei casi previsti)

- Revocare** il consenso alla precitata procedura in data _____
consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Data _____

Firma del paziente o genitore o tutore legale o
amministratore di sostegno (nei casi previsti)

*** IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER PRECEDENTI REAZIONI DI TIPO ALLERGICO
A MEZZI DI CONTRASTO O GRAVI REAZIONI ALLERGICHE A FARMACI
SI RACCOMANDA LA SEGUENTE PREPARAZIONE DESENSIBILIZZANTE:**

- 24 ore prima dell'esame:**
assumere **4 compresse di PREDNISONE** da 25mg (1 compressa ogni 6 ore) oppure 4 fiale di **METILPREDNISOLONE** da 20mg endovena (1 fiala ogni 6 ore)
- 3 ore prima dell'esame:** assumere 1 compressa di **DESLORATADINA** da 5 mg
- 12 ore dopo l'esame:**
assumere **1 compressa di PREDNISONE** da 25mg oppure 1 fiala di **METILPREDNISOLONE** da 20mg endovena

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

Data _____

Timbro e Firma per esteso del Medico curante o Specialista

PARTE RISERVATA AL MEDICO RADIOLOGO

CONSULTO CON ANESTESISTA **SI** **NO**

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

(Se NO specificare il motivo)

SOSTITUZIONE ESAME PROPOSTO CON _____

Firma del Medico Radiologo