

## 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"/> Allergopatia trattata farmacologicamente | <input type="checkbox"/> Malattie di cuore                                    |
| <input type="checkbox"/> Nefropatia o Insufficienza Renale        | <input type="checkbox"/> Malattie respiratorie (Enfisema, BPCO)               |
| <input type="checkbox"/> Asma                                     | <input type="checkbox"/> Facilità al sanguinamento/ in terapia anticoagulante |
- se SI, specificare \_\_\_\_\_

PRECEDENTI SOMMINISTRAZIONI DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO:  SI  NO

PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE A MEZZI DI CONTRASTO IODATO:  SI\*  NO

\*se SI, seguire la premedicazione riportata a fine modulo

PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE A FARMACI:  SI\*  NO

\*se SI, specificare a quali farmaci \_\_\_\_\_ e seguire la premedicazione riportata a fine modulo

### Indicare i valori dei seguenti esami ematochimici:

per chi è in terapia anticoagulante gli esami devono essere eseguiti al massimo 1-2 giorni prima della procedura;

per chi non è in terapia anticoagulante gli esami possono essere eseguiti fino a 1 mese prima della procedura.

PT \_\_\_\_\_ PTT \_\_\_\_\_ INR \_\_\_\_\_ PIASTRINE \_\_\_\_\_ data degli esami: \_\_\_\_\_

Creatininemia (mg/dl) \_\_\_\_\_ GFR (stimato con formula MRDR) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
(non anteriore 90gg)

- GFR > 45** si può eseguire l'esame
- GFR tra 30 e 45** vedi allegate raccomandazioni a fine pagina
- GFR < 30** l'esame verrà eseguito dopo consulenza nefrologica

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':** la CRIOABLAZIONE consiste in una procedura mini invasiva attuata con l'introduzione, senza incisioni, sotto guida TC, in anestesia locale, di una o più sonde (criosonde) al centro della neoformazione. Successivamente si fa scorrere del gas Argon nelle criosonde che genera una sfera di ghiaccio in grado di inglobare la neoformazione e determinare la necrosi definitiva del tessuto. Il successivo passaggio del gas Elio determina il riscaldamento dell'ago e di conseguenza lo scongelamento del ghiaccio. Il ciclo viene ripetuto per migliorare l'efficacia della procedura. La tecnica è già stata sviluppata in questi ultimi anni nel trattamento dei tumori renali e della prostata, con risultati soddisfacenti. Secondo i dati attualmente disponibili i rischi di complicanze di questo trattamento sono vari ma poco frequenti. Si potrebbero verificare, in relazione al distretto trattato: crisi ipertensive, sanguinamenti, emo-pneumotorace, flogosi, urinomi, fistole, ischemia ed infarto renale, perforazioni di anse intestinali nel distretto trattato con la CRYO, che necessiteranno di trattamenti mirati.

Al trattamento seguirà un controllo radiografico/ecografico, entro le 24 ore successive, e un follow-up radiologico (TC o RM). E' Sua facoltà accettare o rifiutare di sottoporsi a tale trattamento, e, questo non modificherà il rapporto con il Suo medico che deciderà quindi il miglior trattamento possibile.

Ai sensi del D.lgs. 196/03, il sottoscritto consente l'utilizzo a scopi scientifici e/o statistici dei dati personali riportati nella cartella clinica, nonché delle eventuali documentazioni fotografiche. I dati personali saranno resi totalmente anonimi.

**TEMPI:** l'indagine ha generalmente una durata complessiva di 60/80 minuti circa.

**DOPO L'ESAME:** il paziente sarà tenuto in osservazione in reparto dopo l'esecuzione dell'indagine.

**EVENTI AVVERSI:** nell'eventualità di somministrazione del 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 verifichino 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** (dispnea, ipotensione, tachicardia) o eccezionalmente **a rischio per la vita** (gravi aritmie, 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. Durante l'infusione in bolo del m.d.c. vi è la possibilità che, per cause anatomiche o fragilità della vena, si possa verificare la rottura del vaso con conseguente stravasamento del m.d.c.; in questo caso la tumefazione sarà trattata con pomate sintomatiche ed impacchi caldo-umidi eventualmente da proseguire a domicilio.

**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)

**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

**\* 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:**

- 1. 24 ore prima dell'esame:**  
assumere 4 compresse di **PREDNISONA** da 25mg (1 compressa ogni 6 ore) oppure  
4 fiale di **METILPREDNISOLONE** da 20mg endovena (1 fiala ogni 6 ore)
- 2. 3 ore prima dell'esame:**  
assumere 1 compressa di **DESLORATADINA** da 5 mg
- 3. 12 ore dopo l'esame:**  
assumere 1 compressa di **PREDNISONA** 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

## RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE DEL DANNO RENALE DA MDC IODATO NEL PAZIENTE AMBULATORIALE

**eGFR\* < 45 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>**  
*somministrazione intravenosa del MDC*

1. **Sospendere** Metformina, Ace-Inibitori, Fans, Sartani, Diuretici dell'ansa, Aminoglicosidi ed Antivirali 24 ore prima della procedura

2. Idratazione per via orale:

- ✓ *il giorno prima della procedura: 1500 ml di acqua*
- ✓ *al mattino della procedura: 500 ml di acqua*
- ✓ *dopo la procedura: 1000 ml di acqua*
- ✓ *il giorno successivo alla procedura: 1500 ml di acqua*

3. N-Acetilcisteina Fluimucil 600 mg cpr :

- ✓ *la sera prima della procedura: 2 cpr*
- ✓ *al mattino della procedura: 2 cpr*
- ✓ *la sera della procedura: 2 cpr*
- ✓ *il mattino successivo alla procedura: 2 cpr*

4. Controllo domiciliare della diuresi

5. Raccomandato controllo funzionalità renale (eGFR o Clearance creat.) 48 ore dopo la procedura soprattutto nei Pazienti che dovranno riprendere l'assunzione di farmaci nefrotossici

\* Per soggetti con età > 70 aa./ < 18 aa, Donne in Gravidanza, Obesi, Bodybuilders, Sarcopenia e sospetta insufficienza renale acuta: utile eseguire Clearance della Creatinina per un corretta stadiazione della funzionalità renale prima della procedura.