

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"/> Malattie respiratorie (Enfisema, BPCO) | <input type="checkbox"/> Diabete |
| <input type="checkbox"/> Nefropatia o Insufficienza Renale | <input type="checkbox"/> Malattie di cuore |
| <input type="checkbox"/> Asma o Allergopatia trattata farmacologicamente | <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 richiama 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 flebografia degli arti che deve essere eseguita su di Lei, è uno speciale studio radiologico delle vene con mezzo di contrasto. Attraverso un ago viene iniettato in una vena del dorso del piede o della mano, del mezzo di contrasto, affinché le vene divengano visibili. Queste immagini permettono essenziali conoscenze sul tipo ed estensione della Sua malattia, indispensabili per permettere al Suo medico curante di arrivare alla giusta diagnosi e stabilire la più corretta terapia. Durante l'iniezione avvertirà un senso di tensione dell'arto e un piccolo dolore ed in alcuni casi un passeggero generale senso di calore. Durante l'esame sarà pregato di rimanere ben fermo. La Sua collaborazione è importante per il risultato dell'esame. Al di fuori del senso di calore e di tensione del piede e della gamba, generalmente non avvertirà alcun disturbo. Sono estremamente rare le complicazioni particolarmente gravi, quali reazione allergica al mezzo di contrasto, trombosi delle vene dell'arto ed effetti collaterali a livello del cuore, della circolazione, dei reni e del sistema nervoso, che richiedono un trattamento particolare perché possono condurre a rischi per la vita e a danni permanenti.

Il medico radiologo prima dell'inizio dell'esame sarà a Sua disposizione per fornirLe ogni altra eventuale spiegazione e per chiarirLe qualsiasi dubbio.

TEMPI: l'indagine ha generalmente una durata complessiva di un'ora.

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 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** (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 NOACCETTAZIONE 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 **PREDNISONE** 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 **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

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

eGFR* < 45 ml/min/1.73 m²
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.