

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': Il trattamento con microonde consiste in una procedura mini invasiva attuata con l'introduzione sotto guida US/TC, in anestesia locale, di una o più sonde (antenne) al centro del tumore. Successivamente si procede alla generazione controllata di microonde in grado di inglobare il tumore e determinare la necrosi definitiva del tessuto. La tecnica è già stata sviluppata in questi ultimi anni nel trattamento dei tumori epatici, polmonari, ossei e renali, con risultati soddisfacenti.

TEMPI: l'indagine ha generalmente una durata complessiva di 60/90 minuti circa.

DOPO L'ESAME: il paziente sarà tenuto in osservazione in reparto dopo l'esecuzione dell'indagine. Al trattamento seguirà un controllo radiografico (TC o RM) dopo 1 mese e poi ogni tre mesi fino ad un anno.

EVENTI AVVERSI: secondo i dati attualmente disponibili i rischi di complicanze di questo trattamento sono vari ma poco frequenti: si possono verificare crisi ipertensive, sanguinamenti, flogosi, urinomi, fistole, ischemia ed infarto renale, perforazioni di anse intestinali, nel distretto trattato con MW che necessitano di trattamenti mirati.

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 **PREDNISONONE** 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 **PREDNISONONE** 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.