

## CONSENSO INFORMATO ALL'USO DEL MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO

(Attenzione: in mancanza di una corretta compilazione l'esame non potrà essere effettuato)

### DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE

PAZIENTE Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_ Sesso  Maschile  Femminile

ESAME RICHIESTO \_\_\_\_\_

### QUESITO CLINICO

Note anamnestiche (pregressi interventi chirurgici) \_\_\_\_\_

### EVENTUALI MALATTIE NOTE (barrare se presente)

Allergia a Mdc organo-iodato (se si specificare quale: \_\_\_\_\_) <sup>1</sup>

Mastocitosi, angioedema ricorrente, anafilassi idiopatica  SI <sup>2</sup>  NO

**NB:** in caso di asma bronchiale sintomatico e orticaria in atto si consiglia sospensione dell'esame sino a risoluzione completa del quadro.

Assunzione recente Farmaci potenzialmente Nefrotossici (diuretici, FANS, amino glicosidi, sartani, ACE-inibitori) e anti diabetici orali ( Metformina ), specificare \_\_\_\_\_

**Creatininemia** (valore mg/dl) \_\_\_\_\_ e/o **GFR** \_\_\_\_\_ Data esecuzione \_\_\_\_\_ (non anteriore ai 90 gg)

Non rilevo controindicazioni a sottoporre il Paziente alla somministrazione e.v. di MDC iodato

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma per esteso del Medico curante o Specialista

**A - IN CASO DI ANAMNESI INSUFFICIENZA RENALE LIEVE ( CREATINEMIA > 1,2 mg/dl) SI RACCOMANDA LA PREPARAZIONE FARMACOLOGICA IDRATANTE PREVISTA DALLA PROCEDURA AZIENDALE**

**B - IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER PRECEDENTI REAZIONI DI TIPO ALLERGICO A MDC ORGANO-IODATO O PER LE PATOLOGIE ELENcate SI RACCOMANDA LA SEGUENTE PREPARAZIONE FARMACOLOGICA DESENSIBILIZZANTE**

(si consiglia di venire accompagnati per l'effetto sedativo dei farmaci e conseguenti rischi correlati alla guida):

<sup>1</sup> Per os: Prednisone 50 mg (Deltacortene Forte 2 cp 25 mg) 13, 7 ed 1 ora prima esame + Cetirizina 10 mg (Zirtec 10 mg) 1 ora prima esame; oppure E.V.: Metilprednisolone 40 mg (Urbason 40 mg) 12 e 2 ore prima esame + Clorfenamina 10 mg (Trimeton 10 mg) e Montelukast 10 mg (Singulair 10 mg - per os) 1 ora prima esame.

<sup>2</sup> Per os: Prednisone 50 mg (Deltacortene Forte 2 cp 25 mg) 12 e 2 ore prima esame + Cetirizina 10 mg (Zirtec 10 mg) e Montelukast 10 mg (Singulair 10 mg) per os 1 ora prima esame; oppure E.V.: Metilprednisolone 40 mg (Urbason 40 mg), Clorfenamina 10 mg (Trimeton 10 mg) e Montelukast 10 mg (Singulair 10 mg - per os) 1 ora prima esame.

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

**Ho provveduto a disporre la premedicazione A - B (1 o 2) al Paziente.**

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma per esteso del Medico curante o Specialista

# LEGGERE E COMPILARE DA PARTE DEL PAZIENTE

## DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

**Nel caso in cui l'indagine richiesta preveda l'utilizzo di mezzo di contrasto è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore, bere ½ litro di acqua 2 ore prima dell'esame e assumere i farmaci abituali, se non controindicati.**

**MODALITA'**: Il/la paziente è posto sdraiato, sul tavolo radiologico o sul lettino della TAC. Viene posizionato l'ago cannula preferibilmente nell'avambraccio attraverso il quale, per via endovenosa con infusione o tramite iniettore automatico, viene somministrato un **mezzo di contrasto iodato non ionico** (m.d.c): la quantità di m.d.c. varia in rapporto alla metodica, al quesito diagnostico ed al distretto corporeo da esaminare. Successivamente vengono acquisite le immagini con modalità predefinite.

**TEMPI**: l'indagine ha generalmente una durata complessiva di 20-30 minuti circa.

**DOPO L'ESAME**: non sono previste controindicazioni alla ripresa delle ordinarie attività.

**EVENTI AVVERSI**: dopo l'iniezione di 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** (respirazione difficoltosa, ipotensione, aumento dei battiti cardiaci) o eccezionalmente **a rischio per la vita** (gravi aritmie del cuore, 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. Per far fronte a qualsiasi complicanza il Servizio è fornito di farmaci, di attrezzature e di personale idoneo.

## 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 e ho seguito le indicazioni.

**pertanto dichiaro di**

|  | **Acconsentire** allo svolgimento dell'indagine

|  | **Non acconsentire** allo svolgimento dell'indagine

**PER LA DONNA:** Stato di Gravidanza  **SI**  **NO**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paziente o del Titolare del consenso

## DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO RADIOLOGO

RICHIESTA DI ANESTESISTA  **SI**  **NO**

ACCETTAZIONE DELL'ESAME  **SI**  **NO** \_\_\_\_\_

(Se NO specificare il motivo)

SOSTITUZIONE ESAME PROPOSTO CON \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Medico Radiologo