



CONSENSO INFORMATO PER ESECUZIONE DI ECOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO ENDOVENOSO

(Attenzione: IN MANCANZA DI UNA CORRETTA COMPILAZIONE L'ESAME NON POTRA' ESSERE EFFETTUATO)

Informazioni per il Paziente

Il presente modulo deve essere compilato in tutte le sue parti, firmato dal Paziente e dal Medico richiedente.

Questo esame consiste in una normale ecografia addominale, durante la quale viene iniettato in una vena del braccio un mezzo di contrasto, ovvero un liquido costituito da una dispersione di milioni di microbolle di un gas inerte, di calibro minore a quello dei globuli rossi, che rimangono in circolo alcuni minuti e permettono di potenziare e migliorare l'immagine ecografica, fornendo dati sul tipo di vascolarizzazione e assorbimento di un organo o di una lesione. Lo scopo dell'esame è di ottenere informazioni quantitativamente e qualitativamente maggiori per una diagnosi più precisa.

Questo mezzo di contrasto ecografico è normalmente ben tollerato dall'organismo. In rari casi (circa 0.01%) può determinare delle reazioni avverse di tipo allergico, quali arrossamenti cutanei, difficoltà respiratorie e abbassamenti della pressione del sangue, con possibile collasso.

Altre reazioni di minore importanza si verificano nell'1,3% dei casi e consistono in mal di testa, sensazione di calore e rossore, nausea, formicolio, dolore toracico e alterazioni del gusto, evenienze che si risolvono spontaneamente dopo poco tempo.

La somministrazione del mezzo di contrasto e' controindicata in caso di grave patologia cardiaca (insufficienza cardiaca, recente infarto, recenti interventi cardio-chirurgici, gravi aritmie) o polmonare (grave enfisema, fibrosi polmonare e trombo-embolia).

A CURA DEL PAZIENTE

Cognome e Nome: _____ Data di nascita ___ / ___ / _____

Indirizzo: _____ Tel. _____

Acconsento ad essere sottoposto alla procedura indicata in data _____ dopo essere stato informato dal Dr. _____ sui vantaggi ottenibili e sui rischi legati all'esame e alle possibili reazioni avverse associate, statisticamente molto rare.

Firma del Paziente

Data: ___ / ___ / _____ _____

A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE

Non rilevo la presenza di controindicazioni a sottoporre il suddetto Paziente all'esame di ECO-CONTRASTO

Elementi clinico-anamnestici (in particolare ev. cardio-pneumopatie): _____

Quesito diagnostico: _____

Eventuali esami precedenti: _____

Luogo e data

Firma e Timbro del Medico Richiedente

NB: SI RACCOMANDA ASSOLUTO DIGIUNO DALLA MEZZANOTTE

Firma del Medico Esecutore