

**QUESTIONARIO E SCHEDA INFORMATIVA**
(CONFORMI ALLE LINEE GUIDA DELLA S.I.R.M. - *Società Italiana di Radiologia Medica*)

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____

inviato su prescrizione del dott. _____ dovendosi
sottoporre ad esame diagnostico di TAC con mezzo di contrasto, dichiara, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

- Asma Malattia allergica trattata farmacologicamente
- EVENTUALI MALATTIE NOTE Diabete Insufficienza renale

- Assunzione recente di farmaci nefrotossici SI NO
se sì, specificare quali (es: ciclosporine, cisplatino, aminoglicosidi, betabloccanti, interleuchina 2, idralazina etc)

- Precedente somministrazione di mdc SI NO SI NO

- Precedenti reazioni allergiche a farmaci o altre sostanze SI NO Se si specificare quali: _____

- Attuale terapia con biguanidi SI NO Se sì il paziente DEVE SOSPENDERE L'ASSUNZIONE DEL FARMACO 48 ore prima e dopo l'esecuzione dell'esame

- Per l'esecuzione con somministrazione di mezzo di contrasto per via endovenosa è **necessario l'effettuazione** dei seguenti **esami di laboratorio**:

AZOTEMIA, CREATININEMIA.

- ▶ **E', inoltre, necessario essere a digiuno da almeno 6 ore, con l'esclusione dei farmaci abitualmente assunti a digiuno**
- ▶ **I pazienti in terapia con Metformina devono sospendere il farmaco 48 ore prima dell'esame con MDC e riprendere l'assunzione del farmaco 48 ore dopo la somministrazione del MDC. Il tutto se la funzionalità renale non risulterà ulteriormente alterata, e pertanto previo controllo ematochimico e successivo consulto con il medico curante**
- ▶ **Allergie a sostanze varie:** In caso di riferita anamnesi positiva per quanto attiene reazioni allergiche a sostanze varie è necessario sottoporsi **ad un protocollo antiallergico**:
 - Deltacortene 25 mg 2 cpr h. 19:00 e 24:00, il giorno prima dell'esame;
 - Deltacortene 25 mg 2 cpr h. 08:00, il giorno dell'esame;
 - Cetirizina 10 mg 1 cpr 1 ora prima dell'esame.

▶ Effetti indesiderati legati alla somministrazione e.v. di mezzi di contrasto

Dopo l'iniezione di mdc si avverte una transitoria sensazione di calore diffusa. È possibile che durante e dopo la somministrazione di mdc iodato si verifichino effetti indesiderati legati a **reazione 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 cardiorespiratorio, insufficienza renale acuta), **reazione ritardate** (da 1 ora dall'inizio fino a 7 giorni), che consistono più frequentemente in eruzioni cutanee, sindrome similinfluenzale, disturbi gastrointestinali). Nel caso in cui si manifestino reazioni allergiche ritardate è consigliato recarsi in Pronto Soccorso.

Durante l'infusione a bolo di mezzo di contrasto vi è la possibilità che, per cause anatomiche o fragilità della vena, si possa verificare la rottura del vaso con conseguente stravasamento del mdc: in questi casi, per il trattamento, si rimanda all'Istruzione Operativa – **IO.AOP.05**, e si raccomanda di consegnare al paziente l'Opuscolo Informativo (ultima pagina della suddetta istruzione operativa).

Per effettuare l'esame occorre:

- ▶ togliere protesi dentali mobili, monili ed oggetti personali presenti negli indumenti;

Data _____

Firma del paziente/tutore/genitore **AB** _____ Firma del medico radiologo _____



A) in caso di unico genitore: "Il/la sottoscritto/a, genitore di....., sotto la propria responsabilità dichiara di essere l'unico titolare della potestà genitoriale."

B) in caso di esistenza di ambedue i genitori, conviventi o separati o divorziati: "Il/la sottoscritto/a..... dichiara di avere la potestà genitoriale unitamente alla madre/al padre del minore e di agire di comune accordo con l'altro genitore nella scelta dell'esecuzione dell'intervento terapeutico/chirurgico al quale dev'essere sottoposto presso codesta Casa di Cura COT spa"

Si certifica che il Sig..... non presenta in atto segni clinici e di laboratorio di ipertireosi, di grave insufficienza cardiaca, renale o epatica.

Non esistono pertanto oggettive controindicazioni all'uso di mezzi di contrasto organo-iodati per via iniettiva e/o per os.

Data Il Medico Curante (**timbro e firma**)

ATTO DI CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI TAC CON MEZZO DI CONTRASTO IODATO

Io sottoscritto/a nato/a a
il

DICHIARO

di essere stato dettagliatamente informato della necessità di essere sottoposto per le proprie condizioni di salute all'esame di TAC con somministrazione di mezzo di contrasto organo iodato per via endovenosa e/o per os.

Dichiaro, altresì, di essere stato/a esaurientemente informato/a sulle finalità, modalità di svolgimento e sui rischi inerenti l'esame cui sarà sottoposto. Con la sottoscrizione del presente atto

ACCONSENTO alla esecuzione dell'esame diagnostico di TAC con mezzo di contrasto.

INOLTRE

CONSENTO che le informazioni relative alle mie condizioni di salute ed ai trattamenti sanitari siano fornite a

NON CONSENTO che le informazioni relative alle mie condizioni di salute ed ai trattamenti sanitari necessari siano fornite ai miei familiari o a terze persone

Data Firma del paziente/tutore/genitore*.....

NON ACCONSENTO alla esecuzione dell'esame diagnostico di TAC con mezzo di contrasto, pur consapevole che così la diagnosi della mia malattia può diventare più difficile o impossibile

Data Firma del paziente/tutore/genitore (A/B).....

Il sottoscritto dott. _____
esaminato il presente modulo ed avendo altresì proceduto, oltre agli accertamenti anamnestici, anche alla valutazione delle condizioni del paziente, come previsto dal Regolamento di Sicurezza ex D.M. 02/08/91 e valutata l'appropriatezza dell'indagine come previsto dal Decreto Assessoriale n 02428 del 17.12.2013, esprime parere:

favorevole alla conduzione dell'esame, non ritenendo sussista alcuna controindicazione;

contrario alla conduzione dell'esame, ritenendo ancora necessari i seguenti ulteriori accertamenti:

Data Il Medico Radiologo