



INFORMAZIONE PER IL PAZIENTE E CONSENSO INFORMATO PER ESAME TAC CON INIEZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO

Questo modulo raccoglie le informazioni necessarie al corretto espletamento dell'esame richiesto. Si prega di leggerlo e compilarlo con attenzione. Il paziente avrà cura di consegnarlo al personale sanitario il giorno dell'esame.

Gentile Utente,

Nel corso dell'indagine radiologica prescritta, per poter fornire elementi utili alla diagnosi e cura, è necessario somministrare una particolare sostanza, iodata non ionica, detta mezzo di contrasto (Mdc).

I Mdc vengono utilizzati per eseguire alcuni esami diagnostici (Tac, Risonanza magnetica, ultrasuoni, ecc.) e sono impiegati per visualizzare con maggiore accuratezza un organo o una patologia.

Possono essere iniettati per via endovenosa, per via intraarteriosa o intracavitaria. Essi saranno poi eliminati attraverso i reni con le urine.

POSSIBILI COMPLICANZE / EFFETTI COLLATERALI / REAZIONI AVVERSE:

Non esistono controindicazioni assolute all'iniezione di Mdc, con eccezione per le paraproteinemie di Waldestrom, il mieloma multiplo e gravi stati di sofferenza di fegato e reni. Queste malattie, pur non rappresentando una controindicazione assoluta, possono aumentare il rischio di eventi avversi; pertanto richiedono una valutazione preliminare circa l'effettiva necessità di eseguire la somministrazione di mezzo di contrasto.

Possibili complicanze possono riguardare la puntura del vaso venoso con formazione di piccoli ematomi o rigonfiamenti che si risolvono da soli o con terapia medica.

Altre complicanze possono riguardare l'impiego del Mdc. I Mdc attualmente in uso sono molto sicuri e sono stati somministrati a milioni di persone. Tutti i Mdc possono causare reazioni di ipersensibilità, caratterizzate da diverso grado di gravità:

LIEVI: nausea, prurito, vomito, rari ponfi autolimitantesi, arrossamenti cutanei. **Non richiedono normalmente terapia** e avvengono circa in 1 paziente su 100 (1%)

MODERATE/GRAVI: vomito profuso, orticaria diffusa, eritema generalizzato, edema facciale, broncospasmo, ipotensione, anafilassi/shock anafilattico, irregolarità del battito cardiaco, convulsioni, perdita di coscienza, asma e, come può avvenire per altri farmaci, decesso. **Richiedono terapia medica immediata**, avvengono circa 1 caso su 100.000 pazienti (0,00001%). Inoltre può determinare un peggioramento transitorio della funzionalità renale, specie in pazienti con insufficienza renale e diabete. Possono verificarsi immediatamente dopo l'iniezione e fino a 30 minuti dalla somministrazione. Sono tuttavia possibili reazioni ritardate (dopo ore e fino a 7 giorni) normalmente di tipo orticarioide. Dopo l'iniezione di Mdc è necessario riferire immediatamente qualsiasi segno o sintomo ritenga si sia manifestato durante l'esame; per esempio: difficoltà di respirazione, gonfiore al viso o al collo, capogiri, prurito, eritema, orticaria. Si consiglia inoltre una buona idratazione nelle 24 ore successive all'esame.

La preghiamo pertanto di segnalare preventivamente al Medico richiedente l'esame (Medico Curante o Specialista) e al Medico radiologo tutte le patologie di cui è portatore ed in particolare quelle sopra elencate.

PREPARAZIONE ALL'ESAME:

- Indispensabile che il medico curante/richiedente l'esame, prescriva un test di Velocità di Filtrazione Glomerulare o **Creatinemia** da eseguire non oltre 30 giorni prima dell'esame (7 giorni in presenza di fattori di rischio), fondamentale per escludere la presenza di Insufficienza Renale.
- Mantenere il **digiuno da almeno 6 ore** prima dell'esame e non bere nell'ora precedente l'esame.
- **Non sospendere** il trattamento farmacologico abituale, se non specificato dal medico curante/richiedente
- Le **donne in allattamento** NON devono sospendere l'allattamento, ma è opportuno avvisare il medico il giorno dell'esame.

IMPORTANTE: SI RICORDI DI PORTARE CON SE'

- l'impegnativa del medico curante;
- il consenso informato compilato e firmato con il medico curante/specialista;
- tutta la documentazione (ove esistente) relativa al quesito diagnostico;
- il referto della CREATININEMIA eseguito non oltre 30 giorni prima dell'esame (7 giorni in presenza di fattori di rischio).

SI RICORDI CHE: La compilazione del questionario che segue, attestante l'esistenza o meno di condizioni cliniche che possono favorire l'insorgenza di effetti collaterali di tipo medio o grave a seguito della somministrazione di Mezzi di Contrasto, è **OBBLIGATORIA** da parte del medico curante.

ANAGRAFICA E CONSENSO TAC CON INIEZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO



A CURA DEL MEDICO CURANTE

QUESTIONARIO MDC (compilare completamente e correttamente in ogni sua parte)

Cognome _____ Nome _____ nata/o il _____

Medico curante _____ tel. _____

Quesito clinico _____ Esame prescritto _____

(Se utente ricoverato/a) Unità operativa _____ Cartella n° _____

Anamnesi positiva per:

Comprovato rischio allergico a Mdc iodati, farmaci o altre sostanze (se SI è raccomandato effettuare pre-trattamento farmacologico indicato a pag.3)	SI	NO
Insufficienza epatica grave	SI	NO
Insufficienza renale Lieve/Moderata (se SI indicare il valore della Creatininemia.....mg/dl – esame eseguito il.....)	SI	NO
Insufficienza cardiovascolare grave/scompenso cardiaco	SI	NO
Mieloma, Paraproteinemie, Diabete	SI	NO
Ipertiroidismo	SI	NO
Asma	SI	NO
Trattamento in atto con farmaci (α -bloccanti, β -bloccanti Biguanidi, Interleukina 2) (se assume METFORMINA sospendere la terapia 48 ore prima dell'esame)	SI	NO
Assunzione di alcool o droghe	SI	NO
Gravidanza presunta o in atto (per le donne in età fertile)	SI	NO

Timbro e firma del Medico Curante/Richiedente _____

A CURA DEL PAZIENTE

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO:

Io sottoscritto nato il ritengo di essere stato sufficientemente informato sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e reso consapevole:

- che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio in base alle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita;
- della dichiarazione di NON ESSERE in stato di gravidanza
- della dichiarazione di aver effettuato il pre-trattamento farmacologico se prescritto.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto e valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**
ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO

Data: _____

Firma del paziente o del titolare del consenso (genitore o tutore legale) _____

A CURA DEL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO

In base ai dati forniti il paziente è dichiarato IDONEO alla somministrazione del seguente MDC:

MDC...(etichetta/lotto).....

Data: _____

Timbro e firma del Medico Radiologo _____

PRE-TRATTAMENTO FARMACOLOGICO



IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER PRECEDENTI REAZIONI DI TIPO ALLERGICO A MEZZI DI CONTRASTO (LIEVI O MODERATE) O GRAVI REAZIONI ALLERGICHE AI FARMACI

Si suggerisce di eseguire il seguente pre-trattamento farmacologico **da condividere col Medico Curante**:

1. OMEPRAZOLO 20mg 1 cp 10 minuti prima della terapia cortisonica sotto descritta (13 ore, 7 ore e 1 ora prima dell'esame);
2. Terapia Cortisonica: PREDNISONE 50 mg/os (Deltacortene forte 25 mg 2cp) da assumere: 13 ore, 7 ore e 1 ora prima dell'esecuzione dell'esame;
3. ANTISTAMINICO [Es.Cetirizina (Zirtec 1cp) oppure Desclorfeniramina (Polaramin 1 cp)] da assumere 1 ora prima dell'esame.

Riferimento Bibliografico: [Mezzi di contrasto | Linee guida www.sirm.org/it/mezzi-di-contrasto.html](http://www.sirm.org/it/mezzi-di-contrasto.html)