

	Azienda Sanitaria Locale Cuneo 2 Servizi di Radiodiagnostica		COD: CONS 1.1
	Ospedale "S. Lazzaro" Via P. Belli, 26 - ALBA (CN) Tel. 0173316319 Fax 0173 29065		DATA: 07/01/2010
	Ospedale "S. Spirito" Via Vittorio Emanuele, 3- BRA (CN) Tel. 0172 420241 Fax 0172 420241		REVISIONE: 2
	E-mail: radiologia.alba@aslcn2.it E-mail: radiologia.bra@aslcn2.it Indirizzo di posta certificata: aslcn2@legalmail.it		PAGINA: 1 DI 2

CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI RADIOLOGICHE CHE UTILIZZANO MEZZO DI CONTRASTO PER VIA ENDOVENOSA (PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE).

Il Sig./Sig.ra: _____ Nato/a a: _____ Prov: (____)

COGNOME

NOME

Il: ____/____/____; **quesito clinico:** _____

Esame richiesto: _____

In ottemperanza alla Nota del Ministero della Sanità del 17.09.97 sulla utilizzazione dei mezzi di contrasto si informa il medico radiologo sui dati anamnestici e clinici del paziente relativi a:

- Comprovato rischio allergico riscontrato *in precedenti esami* radiologici con mezzo di contrasto iodato:
 - ☐ **NO**
 - ☐ **SI** prurito, eritema, orticaria, gonfiore oculare, tosse (eseguire il protocollo di premedicazione per pazienti con reazioni allergiche).
 - ☐ **SI** broncospasmo, edema della glottide, arresto respiratorio, ipotensione, convulsioni.
- E' ASSOLUTAMENTE CONTROINDICATA L' ESECUZIONE DI ESAMI CON SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO**
- Comprovato rischio allergico a qualsiasi altra sostanza:
 - ☐ **NO**
 - ☐ **SI** (eseguire il protocollo di premedicazione per pazienti con reazioni allergiche)

NOTIZIE CLINICHE DEL PAZIENTE INDISPENSABILI PER LA CORRETTA ESECUZIONE DELL' ESAME

Il Paziente è affetto da:

- Forme di grave insufficienza cardio-vascolare: ☐ **SI** contattare il medico radiologo ☐ **NO**
- Paraproteinemie di Waldenström, mieloma multiplo, ipertiroidismo (Morbo di Basedow o gozzo multinodulare tossico): ☐ **SI** contattare il medico radiologo ☐ **NO**
- diabete, gotta, cirrosi epatica, gravidanza, allattamento, feocromocitoma): ☐ **SI** indicare la patologia _____ ☐ **NO**

○ Il valore di **creatinemia** è :mg/dl indicare il valore dell'esame eseguito entro i 3 mesi precedenti la data di prenotazione dell'esame con MdC) Se il valore della creatinemia supera 1,5 mg/dl o nei pazienti di età superiore a 70 anni eseguire il protocollo di preparazione TAC per paziente con insufficienza renale.

Se il Paziente assume biguanidi deve sospendere il trattamento il giorno dell'esame e le 48 ore successive e la creatinina deve essere ricontrollata nei giorni successivi.

Sono stati valutati i dati clinico - anamnestici del Paziente e si ritiene l'indagine richiesta insostituibile ai fini diagnostici e di una corretta impostazione della terapia.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

PREPARAZIONE TAC IN PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE

- ⊗ FLUIMICIL 600 1 COMPRESSA OGNI 12 ORE (Il giorno prima dell'esame, il giorno dell'esame ed il giorno dopo).
- ⊗ IDRATAZIONE (Secondo l'indicazione del medico)

PROTOCOLLO DI PREMEDICAZIONE PER PAZIENTI CON REAZIONI A MEZZO DI CONTRASTO (LIEVI) E/O ALLERGIE.

- ⊗ DELTACORTENE FORTE COMPRESSE 25 MG
 - 2 compresse 6 ore prima dell'esame
 - 2 compresse 2 ore prima dell'esame
 - Ranidil 1 compressa 1 ora prima dell'esame
 - EBASTINA LIOFILIZZATA 1-2 cpl sublinguali 1 ora prima dell'esame

Protocolli concordati con Servizio di Nefrologia e di Allergologia



	Azienda Sanitaria Locale Cuneo 2 Servizi di Radiodiagnostica		COD: CONS 1.1
	Ospedale "S. Lazzaro" Via P. Belli, 26 - ALBA (CN) Tel. 0173316319 Fax 0173 29065		DATA: 07/01/2010
	Ospedale "S. Spirito" Via Vittorio Emanuele, 3- BRA (CN) Tel. 0172 420241 Fax 0172 420241		REVISIONE: 2
	Indirizzo di posta certificata: aslcn2@legalmail.it		PAGINA: 2 DI 2

PARTE RISERVATA AL PAZIENTE

L'esame radiologico proposto dal suo medico richiede l'iniezione endovenosa di un farmaco, mezzo di contrasto organoiodato che rende visibili organi o alterazioni strutturali altrimenti non analizzabili.

I mezzi di contrasto iodati utilizzati sono generalmente ben tollerati e quasi del tutto privi di effetti collaterali. Nonostante l'elevato grado di sicurezza, i mezzi di contrasto non sono tuttavia esenti da reazioni avverse, che sono distinte in:

1. **Tossicità d'organo** (renale, cardiovascolare, metaboliche) aggravate in caso d'alterazioni preesistenti.
2. **Effetti indesiderati** (non allergici, risposta fisiologica al farmaco) calore, nausea, vomito, gusto alterato
3. **Reazioni imprevedibili** (di tipo immuno-allergico) suddivise in:
 - ⊙ Reazioni lievi prurito, eritema, orticaria, congestione nasale, tosse
 - ⊙ moderate: 0,022% (persistenza ed aumento d'intensità dei sintomi minori, dispnea, ipotensione)
 - ⊙ Reazioni severe: 0,0025% (broncospasmo, edema della glottide, ipotensione marcata, bradicardia, shock, edema polmonare, aritmie, convulsioni, coma) che in casi eccezionali possono provocare il decesso.
 - ⊙ Reazioni tardive (1h, alcuni giorni): 0,5 - 2% (eruzioni cutanee, sindrome simil-influenzale, disturbi gastrointestinali, dolori agli arti, possibile effetto di fotosensibilizzazione).

*LA PROFILASSI FARMACOLOGICA NON GARANTISCE IN MODO ASSOLUTO L'EVENTUALE
INSORGENZA DI REAZIONI AVVERSE SIA LIEVE CHE GRAVI*

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI RADIOLOGICI CON INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER VIA ENDOVENOSA (PARTE RISERVATA ALL'UTENTE).

Il consenso è personale, la firma deve essere del paziente, in caso di impossibilità fisica alla firma il consenso può essere raccolto oralmente e certificato dalla presenza di testimoni e dal medico richiedente.

Io sottoscritto/a _____ Nato/a a: _____ Prov: (____)

COGNOME

NOME

Il: ____ / ____ / ____; dichiara di aver correttamente inteso quanto illustrato nella scheda informativa e accetto di sottopormi all'esame con somministrazione di mezzo di contrasto. Mi è stato spiegato che tale indagine, come accade per tutte le discipline mediche, non è esente da complicanze anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza. Tali complicanze possono assai raramente ed imprevedibilmente risultare letali (circa 1 caso su 200.000 iniezioni). Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure necessarie e confermo di aver avuto risposte esaurienti.

Accetto inoltre l'eventuale somministrazione, da parte dei sanitari, di farmaci orali ed endovenosi in caso di problematiche allergiche.

NOTE: _____

Alba\Bra, li ____/____/____

FIRMA DEL PAZIENTE O DEL GENITORE TUTORE

SI PREGA DI ALLEGARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE (cartella clinica, descrizione di pregressi interventi, radiografie, esami di laboratorio ed ecografie) INERENTE LA PATOLOGIA.

Preso atto e verificato direttamente dal paziente di quanto riportato e sottoscritto dal medico curante:

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO