

## ESAMI TAC CON MEZZO DI CONTRASTO

### NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE E PER L'EVENTUALE ACCOMPAGNATORE

Si prega di leggere attentamente il presente documento e di firmare il modulo come consenso libero e informato all'esecuzione dell'esame.

Gentile paziente Sig./Sig.ra:

apporre l'etichetta con i dati del paziente

Il medico che la segue ha ritenuto opportuno proporle di sottoporsi ad un esame TAC con mezzo di contrasto organiodato (non ionico) per capire meglio il suo problema clinico e per trattarlo con la terapia più indicata.

La TAC è una metodica che prevede l'utilizzo di raggi X e per questo esame è prevista la perfusione del mezzo di contrasto attraverso la vena di un braccio. Il mezzo di contrasto è un liquido che permette una migliore visualizzazione degli organi sottoposti all'indagine.

I mezzi di contrasto attualmente utilizzati sono prodotti estremamente sicuri che occasionalmente però possono provocare reazioni indesiderate quali:

- **(REAZIONI MINORI)** Vampate di calore, sudorazione, nausea, vomito, secchezza delle fauci orticaria circoscritta. Questi sintomi in genere non richiedono alcuna terapia medica e si risolvono rapidamente
- **(REAZIONI MEDIE)** Orticaria diffusa, dispnea, broncospasmo, alterazioni pressorie, irregolarità del battito cardiaco, angina, convulsioni, lipotimia o perdita di conoscenza. Queste reazioni richiedono di solito una terapia medica. La probabilità che esse si verifichino è circa dell'1-3%.
- **(REAZIONI SEVERE)** Edema della glottide, shock anafilattico. La probabilità che esse si verifichino è circa dello 0,04%.
- **(REAZIONI MOLTO SEVERE)** Assai raramente, come succede per molti farmaci, i mezzi di contrasto possono causare il decesso. La probabilità che ciò avvenga è circa dello 0,004%.

#### IL PAZIENTE HA IL DOVERE DI SEGNALARE fattori di rischio per:

- grave insufficienza renale
- grave insufficienza cardio-vascolare
- paraproteinemia di Waldenstrom
- tireotossicosi
- anamnesi positiva per allergie generiche, asma
- **reazioni anafilattoidi come:** precedenti reazioni al mezzo di contrasto, asma bronchiale, allergie importanti ed accertate.
- grave insufficienza epatica
- diabete
- mieloma multiplo
- ipertensione

**In questi casi è necessaria la profilassi farmacologia prima dell'esame.**

Accetto di eseguire l'indagine in base a quello che mi è stato illustrato, relativamente ai rischi, agli effetti e alle conseguenze, anche negative, che ne possono derivare come spiegato nella nota informativa.

Persistendo dei dubbi ho potuto porre al Radiologo le domande che ritenevo opportune e ho da questi ricevuto risposte chiare e comprensibili.

Sono consapevole che posso decidere, in piena autonomia, di non sottopormi all'indagine in oggetto e, d'accordo con il medico curante, accedere ad altro tipo di indagine, accettando le conseguenze di tale decisione.

Sono a conoscenza della possibilità di revocare il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Io **paziente**, (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Oppure

Io sottoscritto, (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

in qualità di:     Esercente la potestà genitoriale     Tutore     Amministratore di sostegno     Legale rappresentante

**Recepito le informazioni ricevute  ACCONSENTO  NON ACCONSENTO  
all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato**

Tricesimo,

Il medico responsabile della prestazione: firma .....

Firma .....

Dott. Degano Gian Paolo  
 Dott. Fiore Daniele

Dott. Rositani Pasquale  
 Dott.ssa Ulcigrai Veronica

---

#### REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**REVOCA Il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato**

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente / genitore / tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante \_\_\_\_\_

Timbro e firma del radiologo responsabile \_\_\_\_\_

---

## !! IMPORTANTE !!

In maggio 2014 saniRad ha adottato il documento di Area Vasta Udinese per la preparazione dei pazienti agli esami con mezzo di contrasto. Il documento che di seguito riportiamo è stato sottoposto al parere dei rappresentanti regionali delle Società Scientifiche interessate e dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Udine.

**L'ASS.4 con delibera del Direttore Generale n. 160 del 18/5/14 ha adottato il documento (di seguito riportiamo il Modulo 1a, Modulo 1b e Modulo 2) con l'impegno di diffondere i contenuti presso i professionisti delle strutture pubbliche e private dell'Area Vasta Udinese sia in qualità di prescrittori che di erogatori delle prestazioni contrastografiche.**

Il paziente verrà contattato dalla struttura sanitaria alcuni giorni prima dell'esame per la verifica della documentazione.

#### QUALORA IL PAZIENTE NON DISPONGA

DEL RACCORDO ANAMNESTICO REDATTO DAL MEDICO PRESCRITTORE E DEL REFERTO DELLA CREATININEMIA

**L'INDAGINE VERRÀ ESEGUITA COMUNQUE MA  
SENZA LA PERFUSIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO.**

Modulo 1a

**SCHEDA CLINICO-ANAMNESTICA PER INDAGINE DIAGNOSTICA RADIOLOGICA CON  
 MEZZI DI CONTRASTO ORGANOIODATI E PARAMAGNETICI per via  
 parenterale/endocavitaria, ECOGRAFICI E BARITATI**

(ai sensi della Circolare Ministeriale del 17.09.1997)

Cognome e nome dell'assistito		Data di nascita
Provenienza	<input type="checkbox"/> Utente esterno	
	<input type="checkbox"/> Utente degente presso la SOC.....	
Indagine proposta (specificare il distretto corporeo)	<input type="checkbox"/> TAC .....	
	<input type="checkbox"/> RMN .....	
	<input type="checkbox"/> Angiografia .....	
	<input type="checkbox"/> Ecografia .....	
	<input type="checkbox"/> Urografia	
	<input type="checkbox"/> Altro (descrivere).....	
Indagine proposta da	.....	
Motivazione clinica /sospetto diagnostico	..... ..... .....	

**Valutazione clinico-anamnestica dell'assistito/a**

		<b>Se si, procedere come indicato</b>
Precedenti reazioni a farmaci che hanno richiesto trattamento medico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si. Quali farmaci? ..... .....
Ultimo esame con MDC eseguito in data .....		
Precedenti reazioni moderate/severe ai MDC	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si Assumere <b>premedicazione</b> Prednisolone 30 mg (o metilprednisolone 32 mg), per via orale 12 e 2 ore prima dell'esame
Asma allergico o allergie pregresse o in atto che hanno richiesto trattamento farmacologico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si Assumere <b>premedicazione</b> Prednisolone 30 mg (o metilprednisolone 32 mg), per via orale 12 e 2 ore prima dell'esame
Nei pazienti con: - eGFR <60 ml/min/1.73m <sup>2</sup> già noto - età >70 anni - storia clinica di nefropatie, interventi chirurgici a carico dei reni, proteinuria, diabete mellito, ipertensione, gotta, recente assunzione di farmaci nefrotossici <b>valutare eGFR</b> (creatinina <3 mesi prima dell'esame con MDC)	Se <u>eGFR &lt;60 ml/min/1.73m<sup>2</sup> per somministrazione intra-arteriosa del MDC</u> e <u>eGFR &lt;45ml/min/1.73m<sup>2</sup> per somministrazione endovenosa del MDC:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutare la sospensione temporanea di farmaci nefrotossici</li> <li>• Prevedere l'idratazione parenterale prima e dopo l'esame</li> <li>• Eventualmente associare la somministrazione di Acetilcisteina 600 mg: 6 e 2 ore prima dell'esame, immediatamente dopo l'esame e 6 ore dopo (600 mg x 4 in totale)</li> <li>• Allegare il referto della creatininemia per il Radiologo</li> </ul>	

Nota per il prescrittore: Per le indicazioni relative all'identificazione dei pazienti a rischio per eventi avversi da somministrazione di mdc, fare riferimento al documento di Area Vasta "Valutazione e gestione del paziente che necessita di esami radiologici con mezzo di contrasto", scaricabile dai siti Internet delle Aziende dell'area Vasta Udinese

		<b>Se si, procedere come indicato</b>
Recente assunzione di farmaci nefrotossici	<input type="checkbox"/> Biguanidi (Metformina)	La sospensione del farmaco prima dell'esame con MDC è subordinata al valore del eGFR (se $<60\text{ml/min/1.73m}^2$ , sospendere 48 ore prima dell'esame con MDC). Riprendere l'assunzione 48 ore dopo l'esame contrastografico, se il valore del eGFR è invariato rispetto al valore precedente la procedura.
	<input type="checkbox"/> ACEinibitori	Valutare l'opportunità di sospendere temporaneamente la somministrazione di farmaci nefrotossici, in considerazione delle condizioni cliniche del paziente e del trattamento farmacologico in atto.
	<input type="checkbox"/> aminoglicosidi	
	<input type="checkbox"/> b-bloccanti	
	<input type="checkbox"/> ciclosporina	
	<input type="checkbox"/> cisplatino	
	<input type="checkbox"/> FANS	
	<input type="checkbox"/> Interleukina	
<input type="checkbox"/> sartani		
Insufficienza cardiaca	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Ipertiroidismo clinicamente manifesto, malattia di Graves, gozzo multinodulare in pazienti anziani e carenza di iodio	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si Nei pz con ipertiroidismo clinicamente manifesto è controindicato il MDC iodato
Tumori produttori di catecolamine (feocromocitoma, paraganglioma)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Mieloma multiplo, paraproteinemia di Waldenstrom	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Gravidanza	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Allattamento	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si Prevedere eventuale sospensione dell'allattamento per 24 ore dopo l'esame in caso di impiego di MDC a base di gadolinio ad alto rischio (vedi documento di Area Vasta "Valutazione e gestione del paziente che necessita di esami radiologici con mezzo di contrasto")
<b>Note:</b>		

Modulo 1b

**Indicazioni per l'assistito/a che effettua l'esame radiologico con mezzo di contrasto**

<p><b>FARMACI DA ASSUMERE PRIMA DELL'ESAME</b></p> <p>Specificare farmaco, dose e orari di assunzione</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>FARMACI DA SOSPENDERE PRIMA DELL'ESAME</b></p> <p>Specificare farmaco e periodo di sospensione</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>ALTRE INDICAZIONI PER L'ASSISTITO/A</b></p>	<p><b>Prima dell'esame con mezzo di contrasto è sufficiente un periodo di digiuno di 6 ore, senza sospendere l'assunzione di acqua e delle terapie farmacologiche in atto, <u>se non espressamente indicato.</u></b></p> <p><b>Presentarsi all'esame con la documentazione sanitaria precedente e questo modulo compilato.</b></p> <p>Altre indicazioni.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Data.....

Firma dell'assistito/a

Timbro e firma del Medico prescrittore