

ESAMI TAC CON MEZZO DI CONTRASTO

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto

nato il

(a cura dell'istituto)
apporre l'etichetta con i dati del paziente

CON LA PRESENTE DICHIARO CHE

Mi stato consigliato per la mia salute di sottopormi ad un esame TAC con perfusione di mezzo di contrasto organo-iodato non ionico per via endovenosa.

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.

Tricesimo: _____

Firma del paziente (o del tutore)

Firma del Radiologo responsabile

ESAMI TAC CON MEZZO DI CONTRASTO

NOTA INFORMATIVA

Il medico che la segue ha ritenuto opportuno proporle di sottoporsi ad un esame TAC con mezzo di contrasto organoiodato (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 farmacologica prima dell'esame.

Io sottoscritto _____ dichiaro di essere stato esaurientemente informato sull'indicazione clinica, le modalità di svolgimento e sulle possibili complicanze e rischi connessi con l'esecuzione dell'indagine con mezzo di contrasto.

IN STAMPATELLO Nome e Cognome paziente
e/o eventuale accompagnatore

FIRMA paziente e/o eventuale accompagnatore

Confermo di aver ben compreso la spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento a sottopormi a questa procedura.

Il Radiologo responsabile
Dott. Degano Gian Paolo
Dott. Pasquale Rositani

FIRMA paziente e/o eventuale accompagnatore

N.B. Se il paziente è minore di anni 18 il consenso deve essere rilasciato da un genitore o da una persona esercitante la potestà.

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 non verrà eseguita.**

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

		Se si, procedere come indicato
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 premedicazione 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 premedicazione 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 ² 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 valutare eGFR (creatinina <3 mesi prima dell'esame con MDC)	Se <u>eGFR <60 ml/min/1.73m² per somministrazione intra-arteriosa del MDC</u> e <u>eGFR <45ml/min/1.73m² per somministrazione endovenosa del MDC</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Valutare la sospensione temporanea di farmaci nefrotossici • Prevedere l'idratazione parenterale prima e dopo l'esame • 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) • Allegare il referto della creatininemia per il Radiologo 	

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

		Se si, procedere come indicato
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 $<60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$, 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")
Note:		

Modulo 1b

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

<p>FARMACI DA ASSUMERE PRIMA DELL'ESAME</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>FARMACI DA SOSPENDERE PRIMA DELL'ESAME</p> <p>Specificare farmaco e periodo di sospensione</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>ALTRE INDICAZIONI PER L'ASSISTITO/A</p>	<p>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>.</p> <p>Presentarsi all'esame con la documentazione sanitaria precedente e questo modulo compilato.</p> <p>Altre indicazioni.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Data.....

Firma dell'assistito/a

Timbro e firma del Medico prescrittore

Modulo 2

INFORMAZIONI PRELIMINARI
ALL'ESECUZIONE DI RISONANZA MAGNETICA SENZA O CON MDC
 DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO PRESCRITTORE

Cognome e nome dell'assistito/a	Data di nascita
Stato di gravidanza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
L'assistito/a è portatore/portatrice di:	
Pace-maker o altri tipi di stimolatori	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Valvole cardiache o stent	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Clips vascolari	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pompe di infusione di farmaci	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Impianti cocleari	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Elettrodi intra-cerebrali o sub-durali	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Derivazioni spinali o ventricolari	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Protesi metalliche ortopediche	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Corpi estranei metallici endocorporei (es. schegge, proiettili, ecc.)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dispositivi intrauterini	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

In caso di risposta positiva, il medico prescrittore può contattare preventivamente la Struttura di Radiologia per valutare se si tratti di una controindicazione assoluta o relativa all'esecuzione della RM, in base alla descrizione tecnica del dispositivo riportata nella documentazione clinica.

<i>Azienda/struttura privata accreditata</i>	<i>Struttura</i>	<i>Recapito telefonico</i>
Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Maria della Misericordia di Udine	Diagnostica Angiografica e Radiologia Interventistica	Tel. 0432 552882
	Istituto di Radiologia Diagnostica	Tel. 0432 559621
	Neuroradiologia	Tel. 0432 552873
	Radiodiagnostica d'Urgenza ed Emergenza	Tel. 0432 552873/2881/4780
A.S.S. 3 "Alto Friuli"	Radiologia dell'Ospedale di Tolmezzo	Tel. 0433 488253
A.S.S. 4 "Medio Friuli"	Radiologia dell'Ospedale di San Daniele	Tel. 0432 949449
A.S.S. 5 "Bassa Friulana"	Radiologia dell'Ospedale di Palmanova	Tel. 0432 921236
	Radiologia dell'Ospedale di Latisana	Tel. 0431 529345
Casa di Cura "Città di Udine"	Servizio di diagnostica per immagini	Tel. 0432 239329
Istituto di Diagnostica Radiologica IMAGO – Via Stiria - Udine		Tel. 0432 526209
Sanirad , via J.F. Kennedy, 3 Tricesimo (UD)		Tel. 0432 854123 – 0432 851321
Centro medico Università Castrense Via Fratel Bigotto, 4 - San Giorgio di Nogaro (UD)		Tel. 0431 620990
Radiologia Cervignanese Via Demanio, 6 - Cervignano del Friuli (UD)		Tel 0431 373116

Data.....

Firma dell'assistito/a

Timbro e firma del Medico prescrittore