



Modulo Dipartimentale	MD 100700 04
DAI PATOLOGIA E DIAGNOSTICA	
<p>Consenso informato ad esecuzione di esame radiologico con mezzo di contrasto a base di IODIO (TC, CEM, AGF)</p> <p>U.O.C. Radiologia-BR – U.O.C. Radiologia-BT – U.O.C. Neuroradiologia</p>	

DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE/SPECIALISTA

<p>Dati del Paziente</p> <p>Cognome _____</p> <p>Nome _____</p> <p>Data di Nascita ___/___/___</p> <p>tel. ___/____</p> <p>Peso ___ kg</p>	<p style="text-align: center;">Distretto da esaminare</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Elementi clinici</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

ANAMNESI POSITIVA PER

precedenti reazioni avverse a MDC a base di IODIO SÌ NO

Se ha risposto SÌ, descrivere il tipo di reazione ed eventuale terapia, se possibile allegare eventuale documentazione: _____

anafilassi idiopatica

mastocitosi

insufficienza renale cronica

angioedema ricorrente in atto

orticaria in atto

mieloma nefropatie/proteinuria

asma bronchiale non controllato da terapia, ovvero nelle ultime 4 settimane ha avuto:

- ◆ sintomi più di 2 volte/settimana SÌ NO
- ◆ ogni notte si sveglia per l'asma? SÌ NO
- ◆ ha utilizzato il salbutamolo (Ventolin/Broncovaleas) più di 2 volte/settimana? SÌ NO
- ◆ ha avuto limitazioni dell'attività a causa dell'asma? SÌ NO

Se ha selezionato una delle patologie o ha risposto SÌ ad una delle domande, la possibilità di eseguire l'esame sarà definibile solo in Radiologia e pertanto potrà essere rimandato in attesa di una consulenza dello Specialista allergologo o di una valutazione del Medico curante o dello Specialista di riferimento.

Si rammenta che secondo le Linee guida di riferimento ESUR (10.0) **la premedicazione non è raccomandata.**

CONDIZIONI PREDISPONENTI DANNO RENALE DA MEZZO DI CONTRASTO A BASE DI IODIO

diabete mellito, indicare se viene assunta METFORMINA

insufficienza renale acuta (episodi pregressi)

insufficienza renale cronica

monorene o storia di chirurgia renale maggiore

nefropatie/proteinuria

mieloma

Si rammenta che, al momento dell'esecuzione dell'indagine radiologica, il Paziente dovrà presentare il referto del dosaggio della creatininemia eseguito in data non antecedente a **3 mesi**.

Se viene assunta **METFORMINA**, in caso di **eGFR<30 ml/min** per esami che prevedono l'iniezione di mezzo di contrasto per via endovenosa il Medico proponente deve far sospendere il farmaco al momento dell'esame; il farmaco potrà essere ripreso 48 ore dopo l'esame se la funzionalità renale non sarà peggiorata.

Si rammenta che la sospensione di farmaci nefrotossici (quali ACE inibitori-sartani, aminoglicosidi, antifungini, antivirali, beta-bloccanti, biguanidi, diuretici dell'ansa, FANS, interluchina) non è necessaria a meno che non sia ritenuto opportuno da parte dello Specialista nefrologo e/o del Medico curante. In Paziente ambulatoriale, in caso di **eGFR<30 ml/min**, per esami che prevedono l'iniezione di mezzo di contrasto per via **endovenosa** è necessario contattare il Servizio di Radiologia/Neuroradiologia presso cui sarà eseguito l'esame - non appena ottenuta la data dell'appuntamento - onde poter organizzare un'adeguata idratazione per via endovenosa.

Per l'uso **intraarterioso**, per Pazienti con **eGFR<45 ml/min** si deve far riferimento al Medico angiografista.

Raccomandazioni generali per esami programmati (non eseguiti in emergenza):

- il **digiuno da cibi solidi non è necessario**; va osservato solo per alcuni protocolli di esami (per esempio studi di cuore e addome) come esplicitato nell'informativa e modulistica relativa alla loro preparazione;
- **continuare l'assunzione di eventuali farmaci** (salvo diversa indicazione da parte del Medico curante) e la **normale assunzione di acqua** (è importante essere ben idratati);
- portare in visione la **documentazione clinica precedente, incluse le immagini radiologiche**;
- si rammenta che alcuni valori degli esami emato-chimici nelle 24 ore successive all'esame radiologico potrebbero essere alterati.

EVENTI AVVERSI: dopo l'iniezione di mezzo di contrasto si può avvertire una transitoria sensazione di calore diffusa. E' possibile che durante e dopo la somministrazione di mezzo di contrasto iodato si verifichino effetti indesiderati legati a **reazioni 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), **reazioni 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 di mezzo di contrasto.

COSA DIRE E COSA PORTARE AL MEDICO RADIOLOGO: E' molto importante riferire i sintomi che hanno portato all'esecuzione dell'esame. Il medico radiologo deve poter consultare il risultato di eventuali altri esami strumentali o visite specialistiche e, se disponibili, la relazione del curante o lettere di dimissione emesse in occasione di precedenti ricoveri.

PER LA DONNA: STATO DI GRAVIDANZA

SÌ NO NON SO

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a Sig./ra

ho preso visione delle informazioni relative alla procedura radiologica proposta ed ho ricevuto in proposito risposte chiare di esaurienti ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi o da reazioni avverse, che nel mio caso specifico mi sono stati adeguatamente illustrati. Mi è stato comunicato che sono state comunque predisposte tutte le idonee misure e precauzioni per prevenire e/o fronteggiare ogni eventuale complicanza.

Pertanto dichiaro di:

- acconsentire allo svolgimento dell'indagine CON somministrazione di mezzo di contrasto.
- acconsentire allo svolgimento dell'indagine SENZA somministrazione di mezzo di contrasto.
- NON acconsentire allo svolgimento dell'indagine.

Data/...../.....

Firma del paziente.....

Firma del medico proponente

Firma del medico radiologo/neuroradiologo

In caso di Paziente MINORE o in caso di presenza di TUTORE

Io sottoscritto _____, nato/a _____ il _____
in qualità di (genitore/tutore) acconsento all'erogazione della prestazione.

Data, _____ **Firma** _____

CONFIDENZIALITÀ

Per ogni informazione sul trattamento dei Suoi dati personali posto in essere in sede di prenotazione, erogazione e refertazione delle prestazioni radiologiche descritte nel presente modulo può fare riferimento all'informativa sul trattamento dei dati dei pazienti pubblicata sul sito dell'Azienda www.aovr.veneto.it, nella sezione dedicata alla privacy.

Data, _____ **Firma** _____