



Modulo Dipartimentale	MD 100700 02 Rev. 2 del 05/09/2024 Pagina 1 di 2
DAI PATOLOGIA E DIAGNOSTICA	
Consenso informato ad esecuzione di esame radiologico con mezzo di contrasto a base di GADOLINIO (RM) U.O.C. Radiologia-BR – U.O.C. Radiologia-BT – U.O.C. Neuroradiologia	

DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE/SPECIALISTA

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

ANAMNESI POSITIVA PER

precedenti reazioni avverse a MDC a base di CHELATI DI GADOLINIO 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 nefropatic/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.

E' SOTTOPOSTO A EMODIALISI

SÌ NO

Se SÌ, specificare in quali giornate.....

Secondo le Linee guida ESUR 10.0 **non è necessario il dosaggio della creatininemia**, fatta eccezione per lo studio della patologia del fegato e delle vie biliari con mezzo di contrasto a parziale escrezione biliare.

In questo caso è obbligatorio, al momento dell'esecuzione dell'indagine radiologica, presentare il referto del dosaggio della creatininemia eseguito in data non antecedente a 3 mesi.

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: e possibile che durante e dopo la somministrazione di mezzo di contrasto a base di gadolinio 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, e 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 del mezzo di contrasto.

COSA DIRE E COSA PORTARE AL MEDICO RADIOLOGO

È 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 e 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

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 _____