

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome (paziente) _____

Data di nascita _____ Peso (kg) _____ Sesso Maschile Femminile

Esame Richiesto _____

Quesito Clinico _____

EVENTUALI MALATTIE NOTE: barrare se presenti

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergopatia trattata farmacologicamente | <input type="checkbox"/> Assunzione di Farmaci Nefrotossici, se SI |
| <input type="checkbox"/> Nefropatia o Insufficienza Renale | specificare: <input type="radio"/> fans |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="radio"/> metformina |
| <input type="checkbox"/> Mieloma Multiplo | <input type="radio"/> ace inibitori-sartani |
| | <input type="radio"/> diuretici dell'ansa |
| | <input type="radio"/> aminoglicosidi |
| | <input type="radio"/> antivirali |

PRECEDENTI SOMMINISTRAZIONI DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO: SI NO

PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE A MEZZI DI CONTRASTO IODATO: SI* NO
*se SI, seguire la premedicazione riportata a fine modulo

PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE A FARMACI: SI* NO
*se SI, specificare a quali farmaci _____ e seguire la premedicazione riportata a fine modulo

Creatininemia (mg/dl) _____ **GFR** (stimato con formula CKD-EPI) _____ Data _____
oppure Clearance della Creatinina _____ (non anteriore 90gg)

NB: In caso di insufficienza renale moderata o grave eGFR<45 seguire il Protocollo Aziendale (sospensione farmaci nefrotossici, idratazione, controllo della diuresi e della funzionalità renale)

PER LA DONNA: stato di gravidanza SI NO

Data _____

Timbro e Firma per esteso del **Medico Curante** o Specialista

**Nel caso in cui l'indagine richiesta preveda l'utilizzo di mezzo di contrasto
È NECESSARIO ESSERE A DIGIUNO DA ALMENO 4 ORE,
ad esclusione dell'acqua e dei farmaci abitualmente assunti.**

DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

MODALITA': Il/la paziente è posto sdraiato, sul tavolo radiologico o sul lettino della TAC. Viene posizionata l'ago cannula attraverso la quale, per via endovenosa, per infusione o tramite iniettore automatico, viene somministrato un **mezzo di contrasto iodato non ionico**: la quantità di m.d.c. varia in rapporto alla metodica, al quesito diagnostico ed al distretto corporeo da esaminare. In seguito vengono acquisite le immagini.

TEMPI: l'indagine ha generalmente una durata complessiva di 20 minuti circa.

DOPO L'ESAME: il paziente, qualora sia ritenuto necessario, sarà tenuto in osservazione in sala d'attesa per circa 30 minuti dopo l'esecuzione dell'indagine. Non sono previste controindicazioni alla ripresa delle ordinarie attività. Si consiglia inoltre una buona idratazione nelle 24 ore successive all'esame.

EVENTI AVVERSI: dopo l'iniezione di m.d.c. si avverte una transitoria sensazione di calore diffusa. E' possibile che durante e dopo la somministrazione di m.d.c. 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 cardio-respiratorio, insufficienza renale acuta), **reazioni ritardate** (da 1 ora dall'iniezione fino ad 7 giorni) che consistono più frequentemente in eruzioni cutanee, sindrome simil influenzale, disturbi gastro-intestinali. Nel caso in cui si manifestino reazioni allergiche ritardate è consigliato recarsi in Pronto Soccorso. Durante l'infusione in bolo del m.d.c. vi è la possibilità che, per cause anatomiche o fragilità della vena, si possa verificare la rottura del vaso con conseguente stravasamento del m.d.c.; in questo caso la tumefazione sarà trattata con pomate sintomatiche ed impacchi caldo-umidi eventualmente da proseguire a domicilio.

SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto Sig. _____ ho preso visione delle informazioni relative alla procedura radiologica proposta ed ho ricevuto in proposito risposte chiare ed esaurienti ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come in molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi o eventi avversi, 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 complicità.

Pertanto dichiaro di:

- Acconsentire** allo svolgimento dell'indagine: **con MdC** **senza MdC**
 Non acconsentire allo svolgimento dell'indagine

Data _____

Firma ✓ _____

del paziente o genitore o tutore legale o amministratore di sostegno (nei casi previsti)

- Revocare** il consenso alla precitata procedura in data _____ consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Data _____

_____ Firma del paziente o genitore o tutore legale o amministratore di sostegno (nei casi previsti)

PARTE RISERVATA AL MEDICO RADIOLOGO

CONSULTO CON ANESTESISTA **SI** **NO**

ACCETTAZIONE DELL'ESAME **SI** **NO** _____
 (Se NO specificare il motivo)

SOSTITUZIONE ESAME PROPOSTO CON _____

_____ Firma del Medico Radiologo

*** IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER PRECEDENTI REAZIONI DI TIPO ALLERGICO A MEZZI DI CONTRASTO O GRAVI REAZIONI ALLERGICHE A FARMACI SI RACCOMANDA LA SEGUENTE PREPARAZIONE DESENSIBILIZZANTE:**

- 1. 24 ore prima dell'esame:**
assumere **PREDNISONONE** 25mg - 1 compressa **per bocca** oppure
METILPREDNISOLONE 20mg **endovena** ogni 6 ore (tot. 4 somministrazioni)
- 2. 3 ore prima dell'esame:**
assumere **DESLORATADINA** 1 compressa da 5 mg
- 3. 12 ore dopo l'esame:**
assumere **PREDNISONONE** 25mg - 1 compressa **per bocca** oppure
METILPREDNISOLONE 20mg **endovena**

L'esame radiologico non verrà eseguito qualora il paziente con anamnesi positiva per reazioni allergiche non risultasse premedicato secondo le prescrizioni sopra specificate.

Data _____

Timbro e Firma per esteso del Medico curante o Specialista