MODULO CONSENSO INFORMATO ALLA INIEZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO (M.d.C.)

Egregio Signore, Gentile Signora,
Allo scopo di approfondire il suo quadro diagnostico, Le è stato proposto di eseguire un esame radiologico con un Mezzo di Contrasto (M.D.C.) da inocularsi tramite iniezione endovenosa.
Tale iniezione può comportare (raramente) l'insorgenza di reazioni indesiderate che possono essere classificate in:

LIEVI	***MODERATE***	***GRAVI***
Nausea	Vomito	Stato di Shock
Prurito	Orticaria localizzata	Broncospasmo
Arrossamento	Cefalea	Tachi-aritmie
Tosse	Dispnea	Tremore

Non esistono test per prevedere la comparsa delle reazioni indesiderate, tuttavia il rischio può essere ridotto valutando l'idoneità del paziente tramite l'esecuzione preventiva di alcuni esami di laboratorio.
La somministrazione di M.d.C. iodati può comportare nefrotossicità.
Tuttavia l'impiego di M.d.C. iodati non ionici, isomolari e dimeri riduce la possibilità di reazioni indesiderate.
La disponibilità nel nostro centro del Servizio di Rianimazione garantisce inoltre un intervento terapeutico rapido e qualificato in caso di necessità.
La preghiamo, pertanto, di segnalare preventivamente al Medico Radiologo Responsabile dell'esecuzione dell'esame tutte le patologie di cui è portatore.

Se le informazioni riportate in questo foglio, le risultassero poco comprensibili o avesse dubbi in proposito, si rivolga con fiducia al personale del servizio deputato all'esecuzione dell'indagine richiesta, che le fornirà ogni possibile ulteriore chiarimento e informazione.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER TC (TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA) CON MEZZO DI CONTRASTO ORGANOIODATO

COGNOME_____ NOME _____
NATO/A A_____IL____/____/_____PESO (Kg) _____
COGNOME_____ NOME_____dell'esercente la potestà sul minore
COGNOME_____ NOME_____del tutore del paziente
ESAME TC RICHIESTO _____
QUESITO DIAGNOSTICO _____
NOTIZIE CLINICO-ANAMNESTICHE (per esempio, interventi chirurgici e altre notizie)
_____
_____

Allergia al mezzo di contrasto		SI	NO
Altre allergie note		SI	NO
Ipertensione		SI	NO
Cardiopatia		SI	NO
Diabete		SI	NO
Encefalopatia		SI	NO
Nefropatia		SI	NO
Epatopatia		SI	NO
Malattia infettiva		SI	NO
Anamnesi per mieloma		SI	NO
Trattamento in atto con farmaci	Se si, quali?_____	SI	NO
Asma bronchiale		SI	NO

ESAMI DI LABORATORIO NECESSARI: CREATININEMIA (*NON ANTECEDENTE A 30gg*)

ATTENZIONE

Se il paziente è allergico, nei tre giorni precedenti l'esame, dovrà assumere:

- CORTISONE;
- ANTISTAMINICO;
- PROTEZIONE GASTRICA

Se il paziente è diabetico ed assume Metformina, si raccomanda la sospensione del farmaco 48 ore precendenti l'esame (previa consultazione del medico di famiglia); la ripresa della terapia avverrà dopo 48 ore se la funzionalità renale risulta nella norma.

IL GIORNO DELL'ESAME

- presentarsi digiuni dai cibi solidi da almeno 6 ore, ma mantenere una buona idratazione bevendo 1,5/2 litri di acqua non gassata dal giorno prima dell'esame;
- Solo se il paziente è allergico, dovrà assumere 1 cp di Cortisone (es. Bentelan 1 mg) + 1 cp di Antistaminico (es. Xyzal 5 mg);
- Non interrompere eventuali terapie in corso, fatta eccezione per la METFORMINA, salvo diverse indicazioni del medico;

PORTARE SEMPRE ESAMI PRECEDENTI RELATIVI AL QUESITO DIAGNOSTICO: RX, TC, ETG, RM, ALTRO

Il Medico Radiologo responsabile dell'esecuzione dell'esame, preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica AUTORIZZA l'esecuzione dell'indagine.

Firma del Medico Radiologo _____ Data ____/____/_____

Ho letto e compreso quanto sopra descritto ed avendo ottenuto una chiara risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento, acconsento a sottopormi all'esame proposto.

Firma del Paziente _____ Data ____/____/_____

(Se paziente minorenne è necessaria firma di un genitore o di chi ne fa le veci.)