

**QUESTIONARIO PRELIMINARE ED INFORMAZIONI RELATIVE  
ALL'ESECUZIONE DI TAC CON MEZZO DI CONTRASTO**

In ottemperanza alla Circolare Ministeriale 900VI/11 AG/642 del 17.9.1997 ed alla giustificazione della prestazione ai sensi del D. Lgs del 26.5.2000 n.187)

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal Reg. UE 2016/679 Regolamento generale sulla protezione dei dati.

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_  
 Esame richiesto: \_\_\_\_\_  
 Motivo dell'esame: \_\_\_\_\_  
 Data e ora dell'esame: \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE ANAMNESTICA (da compilare dal Medico inviante)**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
- Gravidanza inatto _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Anamnesi positive per allergie generiche, asma, dermatite allergica _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pregresse reazioni a farmaci o sostanze varie _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pregresse reazioni a M.D.C. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ipertensione _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Diabete _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Epilessia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tireotossicosi _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Malattie infettive contagiose _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mieloma multiplo/ Paraproteinemia di Waldenstrom _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Insufficienza renale/ Insufficienza epatica _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Insufficienza cardiovascolare _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Farmaci (in particolare biguanidi, beta-bloccanti, Interleukina2) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si raccomanda di sospendere la terapia con metformina 24 ore prima dell'esecuzione dell'indagine strumentale con mezzo di contrasto. La terapia può essere ripresa non prima di 36 ore dopo la procedura e anche di più se il livello di creatinina serica non è rientrato nel valore basale. Durante questo intervallo di tempo può essere necessario intraprendere un trattamento alternativo per gestire la glicemia.**

**ESAMI PRELIMINARI (da effettuarsi entro i 30 giorni antecedenti l'esame): Creatinina - GFR**

Data \_\_\_\_\_ Firma e Timbro del Medico \_\_\_\_\_

**PREPARAZIONE NECESSARIA : IMPORTANTE PER IL PAZIENTE**

- Presentarsi a digiuno da almeno 6 ore
- Se l'esame da eseguire è TAC ADDOME deve presentarsi munito di ½ litro di acqua naturale.
- Se in terapia con farmaci, assumerli con poca acqua
- Portare sempre esami precedenti (RX,TAC,RMN,ECO) inerenti all'esame da effettuare
- Il pagamento dell'esame o del relativo ticket verrà effettuato al momento dell'accettazione il giorno dell'esame
- Informare, cortesemente, il Front Office del Centro Medico Cairoli (tel. 075 927 2997) in caso di impedimento ad effettuare l'esame.

**CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE ALL'ESECUZIONE DELLA TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA(TC) CON SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO A SCOPODIAGNOSTICO**

▪ **CHE COS'E'**

La TC è una tecnica diagnostica che utilizza radiazioni ionizzanti e fornisce, rispetto alla radiologia tradizionale, un miglior dettaglio morfologico di tutte le strutture anatomiche.

Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso per il possibile rischio di danni al feto.

▪ **A COSASERVE**

E' un'indagine di approfondimento diagnostico che sulla base d'indicazione clinica consente di studiare problematiche traumatologiche, oncologiche, infiammatorie e, più in generale, situazioni di urgenza-emergenza di tutti i distretti corporei.

▪ **COME SI EFFETTUA**

Il paziente viene posizionato su un lettino che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (gantry) al cui interno si trovano la fonte di raggi X ed i dispositivi di rilevazione. I dati di rilevazione ottenuti vengono rielaborati da un computer che li trasforma in immagini del distretto esaminato. Esiste la possibilità di ottenere anche ricostruzioni anatomiche nei tre piani dello spazio.

▪ **COSA PUO' SUCCEDERE-EVENTUALI COMPLICANZE dopo la somministrazione di mezzo di contrasto.**

Una **funzionalità renale compromessa** è il principale limite all'uso del **mezzo di contrasto organo-iodato**.

Per tale motivo a testimonianza di una funzionalità renale non compromessa **puo' essere richiesto** un valore della **creatinina mia recente**. I mezzi di contrasto iodati attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, ma occasionalmente possono dare le seguenti reazioni:

- **MINORI** come vampate di calore, starnuti, nausea, vomito, orticaria circoscritta, sintomi che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono spontaneamente.

- **MEDIE O SEVERE** come orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari o perdita di coscienza, shock anafilattico, edema della glottide, richiedono di solito terapia medica o l'intervento del rianimatore (sempre presente in struttura). In casi del tutto eccezionali, come avviene con molti altri farmaci, i mezzi di contrasto possono causare decesso. Esiste la possibilità di reazioni ritardate (entro una settimana), generalmente cutanee lievi, che si risolvono per lo più senza terapia, in questo caso è comunque consigliabile rivolgersi al medico di base o al pronto soccorso.

I trattamenti farmacologici o chemioterapici possono, in alcuni casi, esaltare gli effetti collaterali sopra descritti.

**Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al Medico Radiologo, nel caso ci fossero ulteriori dubbi il paziente può richiedere altro tempo per riflettere e può tranquillamente sospendere o rimandare l'esame.**

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO**

**Dichiarante** : lo sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

**Informato/a dal Medico Radiologo** \_\_\_\_\_

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Tomografia Computerizzata con mezzo di contrasto.

**Reso/a consapevole:**

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

**Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto.**

**Valutate** le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, ho compreso quanto sopra sinteticamente riportato.

**Informato/a** della possibilità di sospendere o rinviare l'esecuzione dell'esame se permangono perplessità:

**ACCETTO L'INDAGINE PROPOSTA**

**RIFIUTO L'INDAGINE PROPOSTA**

**DICHIARO DI NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**

Firma del paziente \_\_\_\_\_ Firma del genitore o tutore (in caso di minore) \_\_\_\_\_

Firma del Medico Radiologo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_