

| | | |
|--|--|---|
| POLIAMBULATORIO ARCELLA S.R.L. Via T. Aspetti, 106 – 35133 PADOVA Tel. 049605344 – Fax. 049617194 Direttore Sanitario Dr. Enrico Trevisi | Tomografia Con mezzo di contrasto | MOD-Q-08-45 Rev.0 16/06/2023 Pag. 1 di 2 |
|--|--|---|

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI ESAMI
CONTRASTOGRAFICI PER VIA INIETTIVA

Gentile paziente,

il medico che La segue ha ritenuto opportuno sottoporLa ad un esame radiologico che prevede l'iniezione del mezzo di contrasto iodato in vena, utile a definire il Suo quadro clinico.

Il mezzo di contrasto permette una migliore visualizzazione degli organi interni sospetti di patologia sfruttando immagini radiografiche ottenute con l'uso di raggi X (urografia) attraverso l'elaborazione dei dati ottenuti dagli stessi al computer (TAC).

Questi mezzi di contrasto utilizzati da decenni in milioni di persone hanno migliorato la loro tollerabilità nel corso degli anni essendo oggi prodotti sicuri ma non totalmente esenti da reazioni avverse, che possono essere:

1. tossicità d'organo (renale, cardio-vascolare, metaboliche), qualora vi siano alterazioni preesistenti 2. reazioni imprevedibili:

- da lievi (nausea, reazioni cutanee localizzate) più frequenti (1%), che non richiedono terapia
- a gravi (Shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-respiratorio) che richiedono l'intervento tempestivo del rianimatore e che in casi eccezionali possono portare a decesso (1/90.000)

EVENTUALI PRE-TRATTAMENTI FARMACOLOGICI NON PREVENGONO IN VIA ASSOLUTA I RISCHI SOPRA CITATI.

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE

Il sottoscritto..... nato il.....

DICHIARA

di essere stato informato in modo esauriente e comprensibili sull'indicazione clinica dell'esame, sulle sue finalità e modalità di esecuzione.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato degli effetti collaterali e secondari che possono derivare dall'uso del mezzo del mezzo contrasto per via iniettiva e di aver ricevuto esauriente risposta ai quesiti posti al Medico.

- ACCETTO di sottopormi all'indagine proposta
- RIFIUTO di sottopormi all'indagine proposta.....

N.B. Sono a conoscenza che il trattamento dei dati personali di cui alla L. 31/12/1996 N. 665 (legge sulla privacy) avverrà solo per fini istituzionale e nei limiti della legge.

Firma del paziente/tutore

.....

Firma del MEDICO RADIOLOGO.....

| | | |
|--|--|---|
| POLIAMBULATORIO ARCELLA S.R.L. Via T. Aspetti, 106 – 35133 PADOVA Tel. 049605344 – Fax. 049617194 Direttore Sanitario Dr. Enrico Trevisi | Tomografia Con mezzo di contrasto | MOD-Q-08-45 Rev.0 16/06/2023 Pag. 2 di 2 |
|--|--|---|

DIAGNOSTICA RADIOLOGICA CON MEZZI DI CONTRASTO ORGANOIODATI E
PARAMAGNETICI PER VIA INIETTIVA
 (Circolare Ministeriale de 17.09.1197)

La valutazione clinico-anamnestica per il Sig./ra.....
 per il/la quale propongo l'indagine.....

- su proposta di.....
- per la seguente motivazione clinica:.....

- nel sospetto diagnostico di.....

è

[] **NEGATIVA** per comprovato rischio allergico a contrasti iodati o altre sostanze, gravi forme di insufficienza epatica, renale o cardiovascolare, paraproteinemia di Waldestrom o mieloma multiplo. Non esistono pertanto controindicazioni all'uso di mezzi di contrasto organiodati e paramagnetici per via iniettiva.

[] **POSITIVA** per:

[] Comprovato rischio allergico a contrasti iodati o altre sostanze.

[] Insufficienza epatica grave

[] Insufficienza renale grave

In caso di risposta positiva è necessario rendere disponibili i seguenti valori:

Filtrato glomerulare (FG) è di _____ ml/minuto/m2 in data _____

creatininemia è di _____ mg/dl in data _____

[] Insufficienza cardiovascolare grave

[] Paraproteinemia di Waldestrom

[] Mieloma multiplo

Allegati esami di laboratorio e referti diagnostici che definiscono il grado delle condizioni patologiche. Il/la paziente attualmente è in terapia con i seguenti farmaci (con particolare riferimento al Biguanidi e alle interleuchine 2):

[].....

[].....

[].....

[].....

[] Effettuata premedicazione per il rischio allergico con

Il Medico Curante
(Timbro e Firma)

N.B. IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI

| | | |
|--|--|--------------------|
| POLIAMBULATORIO ARCELLA S.R.L. Via T. Aspetti, 106 – 35133 PADOVA Tel. 049605344 – Fax. 049617194 Direttore Sanitario Dr. Enrico Trevisi | Tomografia con mezzo di contrasto TERAPIA DESENSIBILIZZAZIONE | MOD-Q-08-46 |
| | | Rev.0 16/06/2023 |
| | | Pag. 1 di 1 |

TERAPIA DI DESENSIBILIZZAZIONE PER PAZIENTI ALLERGICI AI FARMACI.

Per 3 giorni prima dell'esame TAC con mezzo di contrasto.

- **DELTACORTENE**
1 compressa da 25 mg dopo pranzo (a stomaco pieno) per 3 giorni

- **ZIRTEC**
1 compressa la sera prima dell'esame
1 compressa al mattino il giorno dell'esame

- **RANIDITINA**
1 compressa da 15 mg al giorno per 3 giorni

Tale terapia deve essere prescritta dal medico di base e deve essere assunta dal paziente in modo rigoroso per evitare eventuali spiacevoli reazioni allergiche al mezzo di contrasto.

IL MEDICO RESPONSABILE

