

TAC/UROGRAFIA/ANGIOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO

Modulo informativo e consenso

Cognome _____	Nome _____
Nato/a a _____	il _____
Residente a _____	Via _____
Medico prescrittore _____	Medico curante _____

LEGGERE E COMPILARE CON ESTREMA ATTENZIONE IL MODULO

Esame richiesto _____

Per l'Esame di Ecografia con Mezzo di Contrasto (CEUS) non è richiesto alcun esame né alcuna preparazione e non è necessario compilare il questionario sottostante ma va comunque firmato il modulo nel riquadro del consenso.

QUESTIONARIO di VALUTAZIONE del RISCHIO al MEZZO DI CONTRASTO

Le informazioni acquisite da questo questionario sono fondamentali ai fini di una corretta valutazione del rischio ai mezzi di contrasto. In caso di dubbi rivolgersi al proprio medico curante.

Creatinina (da prelievo eseguito negli ultimi 3 mesi) _____. **Valore di eGFR** (Velocità di Filtrazione Glomerulare) _____. In caso di **eGFR <35** contattare quanto prima il reparto di Radiologia.

- 1** Ha mai presentato reazione avversa alla somministrazione del mezzo di contrasto che abbia comportato l'interruzione dell'esame e/o somministrazione di farmaci? SÌ NO
 - Molecola responsabile della reazione avversa _____ NON SO

Se ha risposto SÌ, telefoni preventivamente in Radiologia.

Il radiologo valuterà la possibilità di una metodica diagnostica alternativa.

In caso di esame non sostituibile e la molecola responsabile della reazione avversa è conosciuta, il giorno dell'esame verrà utilizzata una molecola differente.

In ogni caso, il paziente dovrà effettuare una premedicazione (**Preparazione 1** a pag. 2).

Se la molecola responsabile non è nota, sarà necessario effettuare una visita allergologica (con impegnativa del Medico curante), avente come esito l'indicazione della molecola meno reattiva per l'esame.

- 2** È affetto/a da una delle seguenti patologie?
 - Mastocitosi sistemica o cutanea (prurito e pomfi, arrossamenti cutanei)? SÌ NO
 - Anafilassi idiopatica (orticaria, difficoltà respiratorie alte, asma severo o altri sintomi legati all'anafilassi di cui non è riconoscibile la causa scatenante). SÌ NO

Se ha risposto SÌ, anche ad uno solo dei quesiti del punto 2, prima dell'esame dovrà effettuare una premedicazione (**Preparazione 1** a pag. 2).

Altre allergie (molluschi, crostacei, pesci o altri alimenti, ad altre categorie di farmaci, ipersensibilità a betadine o iodofornio) non sono da considerare un fattore di rischio per la somministrazione del mezzo di contrasto.

- 3** È affetto/a da asma bronchiale, orticaria ricorrente – angioedema non controllati dalla terapia? Nello specifico, nelle ultime 4 settimane:
 - ha avuto episodi asmatici più di 2 volte/settimana? SÌ NO
 - ogni notte si sveglia per l'asma? SÌ NO
 - ha usato il salbutamolo (Ventolin/Broncovaleas) più di 2 volte/settimana? SÌ NO
 - ha avuto limitazioni delle attività quotidiane a causa dell'asma? SÌ NO
 - ha avuto episodi di orticaria o angioedema non controllabili nonostante il trattamento con antistaminici? SÌ NO

Se ha risposto SÌ, anche ad uno solo dei quesiti del punto 3, è necessario rivolgersi al proprio medico curante per un aggiustamento della terapia, contattare la Radiologia per sospendere l'esame e, a paziente stabilizzato, telefonare in Radiologia per la riprogrammazione dello stesso.

Prima dell'esame sarà necessaria una premedicazione (**Preparazione 2** a pag. 2).

In tutti i casi in cui vi sia urgenza a fare l'esame verrà effettuata una premedicazione rapida gestita in Radiologia (**Preparazione 3** a pag. 2).

Luogo, data _____

Firma paziente e/o genitore/tutore del minore _____

PREPARAZIONE all'ESAME con MEZZO DI CONTRASTO

Non mangiare 4 ore precedenti l'esame. **Non bere** 1 ora precedente l'esame.

Presentarsi:

- 30 minuti prima dell'orario fissato per l'esame.
- 90 minuti prima se il valore **eGFR <35** contattando telefonicamente alcuni giorni prima il reparto di Radiologia.

PREPARAZIONI da eseguire a domicilio PRIMA dell'ESAME con MEZZO DI CONTRASTO IODATI:

● **Preparazione 1: RIVOLGERSI AL PROPRIO MEDICO CURANTE**

- **premedicazione per via orale:** prednisone 50 mg (o metilprednisolone 32 mg), 12 e 2 ore prima dell'esame + antistaminico (es. cetirizina) 1 ora prima dell'esame, **oppure**
- **premedicazione per via intramuscolare:** con metilprednisolone 40 mg, 12 e 2 ore prima dell'esame + clorfenamina 10 mg, 1 ora prima dell'esame, cui aggiungere montelukast 10 mg.

● **Preparazione 2: RIVOLGERSI AL PROPRIO MEDICO CURANTE**

- **premedicazione per via orale:** prednisone 50 mg (o metilprednisolone 32 mg), 13, 7 e 1 ora prima dell'esame + antistaminico (es. cetirizina), 1 ora prima dell'esame, **oppure**
- **premedicazione per via intramuscolare:** con metilprednisolone 40 mg, 13, 7 e 1 ora prima dell'esame + clorfenamina 10 mg, 1 ora prima dell'esame.

● **Preparazione 3 (preparazione eseguita e gestita presso la Struttura Sanitaria):**

- **premedicazione rapida per via endovenosa** con bolo di idrocortisone 200 mg + clorfenamina 10 mg subito prima dell'esame, monitorare i parametri vitali durante la procedura e allertare l'anestesista/rianimatore.

CONSENSO all'ESECUZIONE dell'INDAGINE di TAC/UROGRAFIA/ANGIOGRAFIA con MDC/CEUS

Il/La Sottoscritto/a _____

informato/a dal medico Radiologo Dott. _____

Reso/a consapevole dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita anche di esposizione da radiazioni a scopo medico, come previsto dall'informativa della Legge 101/20, valutate le informazioni ricevute e i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

Luogo, data _____

Firma del **paziente e/o genitore/tutore** del minore _____

Preso atto delle informazioni fornite dal paziente, per **l'INDAGINE** di _____

(specificare quale esame) **con MDC:**

AUTORIZZA **NON AUTORIZZA**

Luogo, data _____

Firma del **Medico Radiologo** dell'esecuzione dell'esame _____

DA COMPILARE IN CASO DI PAZIENTE RICOVERATO

Notizie cliniche e quesito diagnostico _____

Unità Operativa _____ Preso atto di quanto sopra dichiarato per l'esecuzione dell'indagine di _____ e delle informazioni in mio possesso:

AUTORIZZA **NON AUTORIZZA**

Luogo, data _____

Firma del **Medico di Reparto** _____

Dipartimento di Radiologia Clinica:

- **Radiologia Treviso** 0422 322212
 - **Radiologia Oderzo** 0422 715322
 - **Neuroradiologia** 0422 322512
 - **Radiologia Conegliano** 0438 663219

- **Radiologia Vittorio V.to** 0438 665247
 - **Radiologia Castelfranco** 0423 732490
 - **Radiologia Montebelluna** 0423 611431

Strutture convenzionate:

- **Radiologia S. Camillo** 0422 428262
 - **Radiologia Monastier** 0422 896710
 - **Radiologia ORAS** 0422 287212
Motta di Livenza