



MODULO INFORMATIVO PER ESAMI TC CON MEZZO DI CONTRASTO

IL GIORNO PRIMA DELL'ESAME

- **Digiuni da almeno 6 ore**
- **Avendo assunto regolarmente la terapia farmacologica**

In caso di terapia insulinica consultare il Medico di Medicina Generale

Pazienti Diabetici che assumono METFORMINA e con eGFR compreso tra 30 e 44 ml/min/1.73m² dovranno sospendere l'assunzione del farmaco 48 h prima dell'esame previo consulto del Medico Curante e ripresa 48 h dopo se la funzionalità renale non si è deteriorata.

PRESENTARSI, INOLTRE, MUNITI DI

- **Richiesta dematerializzata correttamente compilata**
- **Documentazione completa relativa a precedenti indagini eseguite in relazione alla problematica oggetto di studio eseguite in altre strutture (RX, Ecografie, TC e RM) con immagini o CD.**
- **Modulo anamnestico (allegato) per la somministrazione del mezzo di contrasto organo-iodato firmato e timbrato dal Medico richiedente l'esame**
- **In caso di evidenza anamnestica positiva ad eventi allergici, è indispensabile contattare il reparto Radiologia (0322-884635 lun-ven dalle 13.30 alle 15.30) ai fini dell'adozione della strategia diagnostica più indicata e sicura, che può prevedere una premedicazione farmacologica secondo protocollo aziendale allegato.**
- **Se il distretto oggetto di studio comprende l'addome, dovrà portare 2 bottiglie di acqua naturale da 500 ml da assumere sotto indicazione del personale di reparto.**

continua



MODULO ICSM INFORMATIVA E CONSENSO PER IL PAZIENTE

SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI Istituto Scientifico Maugeri - VERUNO

Data: _____

Nome e Cognome del paziente: _____

Trattamento proposto:	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) CON MEZZO DI CONTRASTO
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>L'esame viene effettuato per lo studio degli organi e delle strutture corporee nel campo d'esame, con particolare riferimento alla richiesta clinica. L'esame è effettuato utilizzando un'apparecchiatura a raggi X con radiazioni ionizzanti. L'indagine sarà limitata al minimo indispensabile per il conseguimento del risultato diagnostico.</p> <p>Per l'effettuazione di alcuni tipi di indagini dovrà trattenere il respiro (mantenere l'apnea) per il tempo che le sarà indicato a voce.</p> <p>Nella sala diagnostica sarà sempre controllato visivamente dagli operatori e mediante un sistema ad interfono potrà comunicare, qualora necessario. Per alcuni tipi di indagini, secondo la valutazione del Medico Radiologo, è indicata la somministrazione endovenosa di un mezzo di contrasto iodato.</p> <p>Qualora l'indagine sia eseguita, in caso di controindicazioni, senza mezzo di contrasto iodato l'accuratezza diagnostica ne risulta limitata, talora anche in maniera cospicua.</p> <p>Per l'esecuzione di alcune indagini le sarà inoltre somministrato un mezzo di contrasto per via orale, necessario per una corretta opacizzazione del tubo gastroenterico.</p> <p>La durata dell'esame varia da 10 a 30 min.</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	Ci attendiamo di individuare eventuali patologie interessanti il distretto corporeo per cui è richiesto l'esame, per dare risposta al quesito diagnostico ed avviare eventuali terapie o ulteriori accertamenti.

continua



Maugeri

<p>Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?</p>	<p>La non esecuzione dell'esame potrebbe non consentire di dare risposta al quesito diagnostico e quindi compromettere la diagnosi.</p>
<p>Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?</p>	<p>Il mezzo di contrasto iodato endovena può, seppur raramente, causare degli effetti secondari di tipo allergico generalmente lievi, quali una reazione eritematosa (di arrossamento alla pelle), nausea e vomito. In casi rarissimi si possono manifestare insufficienza renale, o reazioni cardiocircolatorie e respiratorie severe, come shock anafilattico per i quali verranno prestate immediatamente le appropriate cure mediche. Questi possibili rischi connessi all'iniezione del mezzo di contrasto sono minimizzati sia dalla valutazione medica preliminare alla TC, che dalla presenza di figure mediche e sanitarie addestrate all'esecuzione ottimale dell'esame e alla gestione delle emergenze mediche che dovessero verificarsi. E' pertanto indispensabile segnalare all'atto della prenotazione, precedenti reazioni allergiche sia lievi che gravi o condizioni asmatiche.</p> <p>La TC con contrasto può determinare nefrotossicità, in particolare in pazienti con $eGFR < 45 \text{ ml/min/1,73m}^2$. Per questo motivo bisogna presentarsi all'appuntamento con l'esito dell'esame del sangue (Filtrato Glomerulare - eGFR e valore di creatinina), da effettuarsi nei giorni precedenti (ultimi 3 mesi, preferibilmente entro i 10 giorni prima).</p> <p>L'esposizione a radiazioni ionizzanti (es. TC, esami radiologici) può costituire potenziale pericolo per l'embrione o il feto quindi le pazienti in stato di gravidanza certa o presunta devono assolutamente darne comunicazione preventiva al medico radiologo.</p> <p>Allattamento: l'allattamento al seno può essere continuato.</p>
<p>Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze /effetti indesiderati conosciuti?</p>	<p>Per ogni quesito diagnostico viene indicata una metodica gold standard, in alternativa si può eseguire un'altra indagine ecografia/RM con i limiti intrinseci di ogni tecnica. Differenti metodiche permettono di studiare in modo ottimale e differente solo determinate strutture anatomiche.</p>

continua



Maugeri

Modulistica e preparazione il giorno dell'esame

- Il paziente dovrà osservare il digiuno nelle 6-8 ore precedenti l'esame.
- Il paziente dovrà eseguire i seguenti esami di laboratorio: creatininemia e eGFR. Tali esami devono avere una validità di massimo 3 mesi dalla data di esecuzione dell'esame.
- Il paziente dovrà esibire documentazione clinica e gli eventuali esami radiologici precedenti (radiografie, ecografie, TC, RMN e scintigrafie), unitamente alla RICHIESTA del Medico Specialista o del Medico Curante, corredata da adeguato quesito clinico.
- Il paziente è inoltre invitato a portare il Modulo del questionario anamnestico firmato e compilato dal proprio Medico Curante/Inviante e il Modulo del "Consenso Informato" all'esecuzione di esame TC con iniezione di mezzo di contrasto, allegati all'informativa.
- Il paziente non dovrà sospendere eventuali terapie mediche. Solo i pazienti diabetici in terapia con Metformina e con eGFR compreso tra 30 e 44 ml/min/1.73m² devono sospendere l'assunzione del farmaco 48 h prima dell'esame previo consulto del Medico Curante e ripresa 48 h dopo se la funzionalità renale non si è deteriorata.
- Nel caso in cui il paziente sia a conoscenza della presenza di allergie è indispensabile eseguire la terapia antiallergica.

N.B. NEL CASO IN CUI IL PAZIENTE NON SI SIA ATTENUTO A QUANTO SOPRA SPECIFICATO L'ESAME PRENOTATO POTREBBE NON ESSERE ESEGUITO.



MODULO ICSM INFORMATIVA E CONSENSO PER IL PAZIENTE CONSENSO AL TRATTAMENTO PROPOSTO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente in _____ Via _____
(1) in qualità di esercente la potestà sul minore
(2) in qualità di tutore del paziente

Informato/a dal Prof./Dott. _____

sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente: TC CON MEZZO DI CONTRASTO

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- 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.

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

Valutate le informazioni ricevute, anche in merito ai benefici e ai rischi associati alla dose di radiazione dovuta all'esposizione medica, e considerati i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

Acconsento a sottopormi all'indagine Non acconsento a sottopormi all'indagine

Eventuale interprete _____

Data _____

Nome e Cognome del paziente

Nome e Cognome del medico che
acquisisce il consenso

Firma del paziente _____

Firma del Medico _____

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.lgs. 196 del 30/06/2003 integrato con le modifiche introdotte dal D.lgs. 101 del 10/08/2018 si informa che il trattamento dei dati sopra riportati è prescritto dalle disposizioni vigenti che regolano il procedimento per il quale sono stati richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

- nel caso di paziente di età minore la firma deve essere apposta da uno dei genitori (a meno di esplicito dissenso da parte dell'altro genitore, nel qual caso dovrà essere coinvolto il Giudice Tutelare).
- nel caso di paziente non in grado per le sue condizioni psico-fisiche di sottoscrivere quanto richiesto nel modulo la firma deve essere apposta da "chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato" (art. 26 Garanzie per i dati sensibili)

continua



MODULO ICSM INFORMATIVA E CONSENSO PER IL PAZIENTE

PER LE DONNE IN ETÀ FERTILE O IN STATO DI GRAVIDANZA

La sottoscritta dichiara di essere stata informata dei rischi e delle possibili reazioni avverse in cui può incorrere in seguito all'esecuzione di esami radiologici in stato di gravidanza e ne autorizza l'esecuzione essendo certa sullo stato di sicura "non gravidanza.

Io sottoscritta dichiaro di non essere in stato di gravidanza certa o presunta

Data: _____

Firma della paziente _____

QUESITI:

HA AVUTO PREGRESSE REAZIONI ALLERGICHE (DOPO INIEZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO?)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HA AVUTO PREGRESSE REAZIONI ALLERGICHE A FARMACI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
HA ESEGUITO PREPARAZIONE ALLERGICA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
INDICARE VALORE CREATININA SIERICA/FILTRATO GLOMERULARE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Data: _____

Firma della paziente _____

Preso atto del consenso informato e del questionario anamnestico somministrato al paziente dal Medico proponente, previa valutazione clinico - anamnestica, considerati gli eventuali rischi connessi alla somministrazione di M.d.c. iodato e valutato gli esami ematici forniti del paziente:

(_) esprimo parere positivo all'esecuzione dell'esame con MDC

Data: ____/____/____

Il Medico Radiologo esecutore _____



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

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____

il ___/___/___

Gentile Paziente,

La preghiamo di rispondere brevemente ai seguenti quesiti per valutare la Sua idoneità a sottoporsi ad un esame TC con Mezzo di Contrasto (MdC) nella nostra Struttura. **Il questionario deve essere compilato e firmato dal medico che richiede l'esame e successivamente dal medico responsabile della prestazione diagnostica.**

Pregressa reazione allergica o simil-allergica a seguito di un'indagine radiologica con MdC (TC, urografia, angiografia, coronarografia) se la risposta è SI, contattare il medico di Reparto (Radiologia) per verificare la fattibilità dell'esame.

PRESENZA DI ASMA BRONCHIALE NON CONTROLLATO DALLA TERAPIA FARMACOLOGICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PRESENZA DI ORTICARIA-ANGIOEDEMA NON CONTROLLATO DALLA TERAPIA FARMACOLOGICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PREGRESSA ANAFILASSI IDIOPATICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ALLERGIA A FARMACI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ALLERGIE ALIMENTARI (CON MANIFESTAZIONI GRAVI)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Da consegnare all'atto della prenotazione unitamente al consenso informato



Maugeri

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

EVENTUALI MALATTIE ACCERTATE E POSSIBILI FATTORI DI RISCHIO ALL'UTILIZZO DEL MEZZO DI CONTRASTO IODATO

- Grave insufficienza renale **SI** **NO**
- Indicare Valore di Creatinina Sierica/Filtrato Glomerulare: _____
- Grave insufficienza epatica **SI** **NO**
- Insufficienza cardio - vascolare **SI** **NO**
- Diabete **SI** **NO**
- Tireotossicosi **SI** **NO**
- Ipertensione **SI** **NO**
- Gravidanza **SI** **NO**

Data _____

Nome e Cognome del paziente

Firma del Paziente _____

Nome e Cognome del Medico Proponente

Firma del Medico Proponente _____

Nome e Cognome del Medico Radiologo

Firma del Medico Radiologo _____



PREMEDICAZIONE PER ESAMI TC CON MEZZO DI CONTRASTO ENDOVENA

Gentile Signora/e,

Al fine di ridurre eventuali reazioni allergiche al MDC, di seguito Le forniamo le indicazioni per il trattamento da condividere con il proprio Medico di base e da assumere, salvo diverse indicazioni con le modalità sotto indicate.

DELTA-CORTENE 25 mg compresse

2 cpr alle ore 20.00 del giorno precedente l'esame

2 cpr alle ore 24.00 del giorno precedente l'esame

2 cpr alle ore 08.00 del giorno dell'esame

PANTORC 20 mg

1 cpr alle ore 20.00 del giorno precedente l'esame

1 cpr alle ore 08.00 del giorno dell'esame

CLORFENAMINA MALEATO 10 mg/ml fiale

1 fl im 1 ora prima dell'esame

(che verrà fornita e somministrata presso il Servizio di Radiologia).

Si prega di dare informazione del proprio stato allergico alla Segreteria del Servizio di Diagnostica per Immagini all'atto della registrazione.