	<b>MODULO</b> <b>IRCCS MAUGERI BARI</b> <b>INDICAZIONI ESECUZIONE ESAMI TC CON</b> <b>M.D.C.</b>	RA BA MD 1-0
		Data: 10/10/2024 Pagina 1 di 1

□ **UO\_RA dell'IRCCS Maugeri di Bari – Settore Servizio di Radiologia**

## **INDICAZIONI DA SEGUIRE PER L'ESECUZIONE DI ESAMI TC CON M.D.C.**


- 1) Il paziente dovrà osservare il digiuno nelle 6-8 ore precedenti l'esame;
- 2) Il paziente dovrà eseguire i seguenti esami di laboratorio: emocromo, azotemia, transaminasi, creatinemia, elettroforesi proteica con grafico, gamma gt, bilirubina totale e diretta, glicemia ed elettrocardiogramma.  
Tali esami devono avere una validità di massimo 30 giorni dalla data di esecuzione dell'esame.
- 3) Il paziente dovrà esibire tutti gli eventuali esami radiologici precedenti (radiografie, ecografie, TC, RMN e scintigrafie), unitamente al foglio informativo anamnestico.
- 4) Il paziente, qualora precedentemente sottoposto ad interventi chirurgici, dovrà esibire al medico radiologo refertante tutta la documentazione in possesso da cui si evince il tipo di trattamento subito.
- 5) Il paziente non dovrà sospendere eventuali terapie mediche, se non controindicate ai fini dell'esame con MDC.
- 6) Nel caso in cui il paziente sia a conoscenza della presenza di allergie è indispensabile eseguire la terapia desensibilizzante qui di seguito riportata da eseguire il giorno prima dell'esame come segue:

ore 11:00	Deltacortene 25mg Pantorc 20mg	2 compresse 1 capsula
ore 17:00	Pantorc 20mg	1 capsula
ore 23:00	Deltacortene 25mg Pantorc 20mg Zirtec	2 compresse 1 capsula 1 compressa

**NB.: NEL CASO IN CUI IL PAZIENTE NON SI SIA ATTENUTO A TUTTO QUANTO SU SPECIFICATO L'ESAME PRENOTATO POTREBBE NON ESSERE ESEGUITO , SALVO CASI PARTICOLARI**

**IL GIORNO DELL'ESAME IL PAZIENTE SI DOVRA' PRESENTARE IN RADIOLOGIA MUNITO DI:**

- 1) **RICHIESTA DEL MEDICO CURANTE**
- 2) **RICHIESTA DEL MEDICO SPECIALISTA (SOLO PER GLI ESAMI TAC)**
- 3) **RICEVUTA TICKET/PAGAMENTO (RILASCIATA DALI UFFICI AMMINISTRATIVI)**

 <b>Istituti Clinici Scientifici Maugeri</b>	<b>MODULO</b>  <b>IRCCS – BARI</b>  <b>PROTOCOLLO OPERATIVO</b> <b>ESECUZIONE TAC CON MDC</b>	RA BA MD2-0
		Data: 10/10/2024  Pagina 1 di 2

<i>A cura del personale Medico di UO</i>	
Anamnesi positiva per reazioni allergiche generiche o asma allergico?	(Si) (No)
Precedente reazione allergica al mezzo di contrasto iodato?	(Si) (No)
Se si eseguire preparazione antiallergica come da schema allegato	(Si) (No)
<b>EVENTUALI MALATTIE ACCERTATE E POSSIBILI FATTORI DI RISCHIO ALL'UTILIZZO DEL MEZZO DI CONTRASTO IODATO</b>	
<i>A cura del Medico Curante o Specialista</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grave insufficienza renale</li> <li>- Grave insufficienza epatica</li> <li>- Insufficienza cardio - vascolare</li> <li>- Diabete</li> <li>- Paraproteinemia di Waldenstrom</li> <li>- Mieloma multiplo</li> <li>- Tireotossicosi</li> <li>- Ipertensione</li> <li>- Gravidanza</li> <li>- Allattamento</li> </ul>	 (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No)
Previa valutazione clinico-anamnestica, considerati gli eventuali rischi connessi alla somministrazione di M.D.C. organoiodato, dichiaro che:	
il/la Sig.ra _____ nato/a il ____/____/____	
ha la necessità di essere sottoposto/a _____	
con il quesito clinico di _____	
Data ____/____/____	
Timbro e firma del medico curante o dello specialista	
<hr/>	
Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a il ____/____/____	
Dichiara di essere stato sufficientemente informato sugli eventuali rischi da infusione di M.D.C. e consapevolmente ne autorizza la somministrazione.	
Data ____/____/____	
Firma del paziente o del tutor (specificare grado di parentela)	
_____ _____	

 <b>Istituti Clinici Scientifici Maugeri</b>	<b>MODULO</b>  <b>IRCCS – BARI</b>  <b>PROTOCOLLO OPERATIVO</b> <b>ESECUZIONE TAC CON MDC</b>	RA BA MD2-0
		Data: 10/10/2024  Pagina 2 di 2

<i>A cura del personale Medico di Radiologia</i>	
<p><i>Preso atto dell’informativa e del consenso informato somministrato al paziente dal Medico di riferimento del paziente di UO, previa valutazione clinico – anamnestica, considerati gli eventuali rischi connessi alla somministrazione di MDC iodato e valutato gli esami ematici forniti del paziente:</i></p> <p><input type="checkbox"/> esprimo parere positivo all’esecuzione dell’esame con MDC</p> <p><input type="checkbox"/> esprimo parere negativo all’esecuzione dell’esame con MDC</p>	
<b>Data:</b> ____ / ____ / ____	
<b>Il Medico Anestesista</b> _____ 	<b>Il Medico Radiologo esecutore</b> _____ 

**N.B. Allegare alla presente “La griglia informativa e consenso informato TAC con MDC somministrato al paziente”**

	<b>MODULO ICSM</b>	IO ICSM TDPC11 MD5-2
	<b>INFORMATIVA E CONSENSO PER IL PAZIENTE</b>	Data: 16/07/2021
	<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) CON MEZZO DI CONTRASTO</b>	Pagina 1 di 3

Reparto/servizio:

U.O.: .....  
Istituto Scientifico Maugeri - IRCCS BARI

Data:

.....

Nome e Cognome del paziente:

.....

<b>Quali sono le sue condizioni di salute:</b>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<b>Trattamento proposto:</b>	<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) CON MEZZO DI CONTRASTO</b>
<b>Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?</b>	<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>
<b>Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?</b>	<p>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.</p>

	<b>MODULO ICSM</b>	IO ICSM TDPC11 MD5-2
	<b>INFORMATIVA E CONSENSO PER IL PAZIENTE</b>	Data: 16/07/2021
	<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) CON MEZZO DI CONTRASTO</b>	Pagina 2 di 3

<b>Quali sono i possibili problemi di recupero?</b>	Possibile problema di recupero potrebbe essere legato all'eliminazione del mezzo di contrasto da parte del paziente che avviene per via renale. Una funzionalità renale non ottimale potrebbe influire in tal senso.
<b>Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?</b>	La non esecuzione dell'esame potrebbe non consentire di dare risposta al quesito diagnostico e quindi compromettere la diagnosi.
<b>Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?</b>	<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, 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.</p> <p>Il mezzo di contrasto per os può causare un'accelerazione del transito intestinale con instaurazioni in rari casi di episodi di modesta diarrea tardiva.</p> <p>La informiamo inoltre che la nostra struttura è dotata di tutte le apparecchiature idonee per portare adeguato soccorso e porre rimedio alle rare reazioni avverse che potranno instaurarsi.</p> <p>L'esposizione a radiazioni ionizzanti (es. 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>
<b>Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze /effetti indesiderati conosciuti?</b>	Per ogni quesito diagnostico viene indicata una metodica gold standard, in alternativa si può eseguire un'altra indagine radiologica con i limiti intrinseci di ogni tecnica. Differenti metodiche permettono di studiare in modo ottimale solo determinate strutture anatomiche. Effetto indesiderato conosciuto nella CT con mezzo di contrasto iodato è la possibile reazione allergica al mezzo di contrasto stesso.
<b>Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?</b>	<p>Proponente: Il Personale Medico di riferimento di U.O Dott:</p> <p>.....</p> <p>Esecutore: Personale Medico, Tecnico e Infermieristico presenti nel Servizio di Radiologia</p>

**Consenso al trattamento proposto**

	<b>MODULO ICSM</b>	IO ICSM TDPC11 MD5-2
	<b>INFORMATIVA E CONSENSO PER IL PAZIENTE</b>  <b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) CON MEZZO DI CONTRASTO</b>	Data: 16/07/2021  Pagina 3 di 3

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto acconsento a sottopormi a **TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA CON MEZZO DI CONTRASTO** la natura e gli scopi del quale mi sono stati spiegati dal Prof/Dott \_\_\_\_\_, con riferimento alle mie condizioni cliniche.

Sono stato informato in modo comprensibile e reso/a consapevole:

- sul tipo di strumenti, sul metodo operativo e sui materiali che verranno impiegati, sui rischi della procedura, sui vantaggi conseguibili e sugli svantaggi che potrebbero derivare dalla mancata esecuzione.
- 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 per questo esame;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita

Alle domande da me poste, il Medico ha fornito risposte comprensibili.

Osservazioni: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Nome e Cognome del paziente** <sup>η</sup>

**Nome e Cognome del Medico**

**Firma del paziente**

**Firma del Medico**

**Paziente femmina in età fertile:**

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".

Firma della paziente .....

*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.*

<sup>η</sup> 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).

<sup>η</sup> 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*)