

# CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA

Cognome e Nome (paziente) \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

Peso (kg) \_\_\_\_\_

Sesso

M

F

Esame Richiesto \_\_\_\_\_

Quesito Clinico \_\_\_\_\_

## Eventuali farmaci nefrotossici assunti/malattie note (barrare se presenti)

- Assunzione di **Farmaci Nefrotossici**, se SI specificare
- fans
  - ace inibitori-sartani
  - diuretici dell'ansa aminoglosid
  - antivirali
  - antifungini
  - METFORMINA (sospendere 48 ore prima dell'esame in tutti i pazienti e avvisare il medico radiologo)**
- Nefropatia o Insufficienza Renale**
- Asma**
  - Mieloma Multiplo**
  - Allergopatia trattata farmacologicamente**

**PRECEDENTI SOMMINISTRAZIONI DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO**

SI

NO

**PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE A MEZZI DI CONTRASTO IODATO**

SI\*

NO

**PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE A FARMACI**

SI\*

NO

\*se SI, specificare a quali farmaci \_\_\_\_\_ e seguire la preparazione riportata a fine modulo

**Creatininemia** (mg/dl) \_\_\_\_\_ **GFR** (stimato con formula CKD-EPI) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
(non anteriore 90gg)  
oppure Clearance della Creatinina \_\_\_\_\_

- a) **GFR > 45** si può eseguire l'esame  
b) **GFR tra 30 e 45** consultare medico radiologo della struttura sanitaria in cui si eseguirà l'esame  
c) **GFR < 30** l'esame verrà eseguito dopo consulenza nefrologica

**PER LA DONNA: stato di gravidanza presunta o accertata**

SI

NO

Data \_\_\_\_\_ Timbro e Firma per esteso del Medico Curante o Specialista \_\_\_\_\_

**Nel caso in cui l'indagine richiesta preveda l'utilizzo di mezzo di contrasto È NECESSARIO ESSERE  
A DIGIUNO DA ALMENO 6 ORE, ad esclusione dell'acqua e dei farmaci abitualmente assunti**

## Descrizione della procedura

**MODALITA':** Il/la paziente è posto sdraiato, sul tavolo radiologico o sul lettino della TAC. Viene posizionata l'ago cannula attraverso la quale, per via endovenosa, per infusione o tramite iniettore automatico, viene somministrato un **mezzo di contrasto** iodato non ionico: la quantità di m.d.c. varia in rapporto alla metodica, al quesito diagnostico ed al distretto corporeo da esaminare. In seguito vengono acquisite le immagini.

**TEMPI:** l'indagine ha generalmente una durata complessiva di 20 minuti circa.

**DOPO L'ESAME:** il paziente, qualora sia ritenuto necessario, sarà tenuto in osservazione in sala d'attesa per circa 30 minuti dopo l'esecuzione dell'indagine. Non sono previste controindicazioni alla ripresa delle ordinarie attività. Si consiglia inoltre una buona idratazione nelle 24 ore successive all'esame.

**EVENTI AVVERSI:** dopo l'iniezione di m.d.c. si avverte una transitoria sensazione di calore diffusa. E' possibile che durante e dopo la somministrazione di m.d.c. iodato si verifichino effetti indesiderati legati a **reazioni allergiche** che possono essere immediate o ritardate. In rapporto al grado di severità le reazioni possono essere **lievi** (nausea, vomito, dolore nella sede dell'iniezione), **moderate** (dispnea, ipotensione, tachicardia) o eccezionalmente **a rischio per la vita** (gravi aritmie, broncospasma severo, arresto cardio-respiratorio, insufficienza renale acuta), **reazioni ritardate** (da 1 ora dall'iniezione fino ad 7 giorni) che consistono più frequentemente in eruzioni cutanee, sindrome simil influenzale, disturbi gastro-intestinali. Nel caso in cui si manifestino reazioni allergiche ritardate è consigliato recarsi in Pronto Soccorso. Durante l'infusione in bolo del m.d.c. vi è la possibilità che, per cause anatomiche o fragilità della vena, si possa verificare la rottura del vaso con conseguente stravasamento del m.d.c.; in questo caso la tumefazione sarà trattata con pomate sintomatiche ed impacchi caldo-umidi eventualmente da proseguire a domicilio.

## Sottoscrizione del consenso informato

Io sottoscritto Sig. \_\_\_\_\_ ho preso visione delle informazioni relative alla procedura radiologica proposta ed ho ricevuto in proposito risposte chiare ed esaurienti ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come in molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi o eventi avversi, che nel mio caso specifico mi sono stati adeguatamente illustrati. Mi è stato comunicato che sono state comunque predisposte tutte le idonee misure e precauzioni per prevenire e/o fronteggiare ogni eventuale complicanza.

**Pertanto dichiaro di:**

- Acconsentire** allo svolgimento dell'indagine  **con MdC**  **senza MdC**  
 **Non acconsentire** allo svolgimento dell'indagine

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_   
del paziente o genitore o tutore legale o amministratore di sostegno (nei casi previsti)

- Revocare** il consenso alla precitata procedura in data \_\_\_\_\_ consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

## Parte riservata al radiologo

**CONSULTO CON ANESTESISTA**  **SI**  **NO**

**ACCETTAZIONE DELL'ESAME** (Se NO, specificare il motivo) \_\_\_\_\_  **SI**  **NO**

**SOSTITUZIONE ESAME PROPOSTO CON** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Del Medico Radiologo**

Direzione Sanitaria: Dott.ssa Spezzapria Maria, Dott. Zancan Giuseppe, Dott. Zancan Renzo