

Diagnostica per Immagini	CONSENSO INFORMATO TAC CON MEZZO DI CONTRASTO <i>Sintesi clinico-anamnestica</i>	CINF-RAD-001 Rev. 01
-----------------------------	--	-------------------------

Al medico curante

Caro Collega, in conformità alla Nota del Ministero della sanità del 17/07/1997 sull'utilizzazione del mezzo di contrasto, documento di consenso SIBioC-SIRM (biochimica clinica, 2014, vol.38, n.2), Deliberazione n° X/2313 – 01.08.2014 – Regione Lombardia - Mezzi di contrasto iodati, linee guida ESUR 2016 (<http://www.esur.org/guidelines/it/index.php#a-2.3.1> Mezzi di contrasto iodati), al fine dell'esecuzione della TAC mdc è necessario conoscere le condizioni clinico-anamnestiche del suo paziente.

Cognome e Nome Data di Nascita

Diagnosi o sospetto clinico

ANAMNESI

- **Pregresse reazioni avverse moderate o severe ai**

mezzi di contrasto iodati

NO SI → **MDC controindicato**

- **Ipertiroidismo conclamato**

NO SI → **MDC controindicato**

- **Scompenso cardiaco**

NO SI

- **Diabete Mellito**

NO SI

- **Storia di patologia renale**

NO SI

- **Asma instabile o atopica in trattamento medico**

NO SI → **Premedicare con:**

prednisolone 30mg o metilprednisolone 32mg per os 1cp 12 ore prima e 1cp 2 ore prima dell'esame

- **Il paziente attualmente assume uno dei seguenti farmaci?**

Interleuchina2

NO SI

Fans

NO SI

Amminoglicosidi

NO SI

B-bloccanti

NO SI

Metforminal

NO SI → **Valutare eGFR:**

con eGFR minore di 30 ml/min/1.73 m² sospendere la Metformina per le 48 ore successive alla TAC previa rivalutazione della funzionalità renale da parte del MMG

- **Creatininemia:** valore..... **GFR:** valore..... **data**..... (max 30 giorni)

con eGFR tra 20 e 30ml/min/1.73 m² contattare il servizio di Radiologia per la programmazione dell'esame in regime di Day Hospital. Con eGFR minore di 20ml/min/1.73 m² MDC controindicato

Paziente inabile alla comprensione e/o alla firma del consenso informato. Il medico procede all'esecuzione dell'esame per stato di necessità (contemplato dall'art. 54 c.p. e dall'art. 2045 c.c. come causa di esclusione dell'antigiuridicità della condotta), che impone l'atto medico per la necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, nel contesto dell'emergenza-urgenza: SI NO

Nome, cognome e firma di un testimone dello stato di necessità: _____

Luogo e data _____

TIMBRO E FIRMA MEDICO CURANTE

Diagnostica per Immagini	TAC CON MEZZO DI CONTRASTO <i>Sintesi informativa</i>	CINF-RAD-001 Rev. 01
-----------------------------	---	-------------------------

La TAC è una tecnica diagnostica che utilizza radiazioni ionizzanti e fornisce, rispetto alla radiologia tradizionale, un miglior dettaglio morfologico di tutte le strutture anatomiche. Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso per il possibile rischio di danni al feto.

Eventuali complicanze

Una funzionalità renale compromessa è il principale limite all'uso del mezzo di contrasto organo-iodato. I mezzi di contrasto iodati attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, ma occasionalmente possono dare le seguenti reazioni:

- **MINORI** come vampate di calore, starnuti, nausea, vomito, orticaria circoscritta, sintomi che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono spontaneamente.
- **MEDIE O SEVERE** come orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari o perdita di coscienza, shock anafilattico, edema della glottide, che richiedono di solito terapia medica o l'intervento del rianimatore.
- **IN CASI DEL TUTTO ECCEZIONALI**, come avviene con molti altri farmaci, i mezzi di contrasto possono causare decesso.

I medici ed il personale della Radiologia sono addestrati per curare nel miglior modo possibile queste reazioni nel caso si verificassero. Esiste la possibilità di reazioni ritardate (entro una settimana), generalmente cutanee lievi, che si risolvono per lo più senza terapia. E' altresì possibile la comparsa di altri effetti collaterali, più rari, generalmente di lieve-media entità e l'aumento di probabilità di comparsa degli effetti collaterali segnalati, per patologie concomitanti e l'esecuzione di altri trattamenti (farmacologici, chemioterapici).

Dichiarante

Il/la sottoscritto/a _____
in qualità di **esercente la potestà sul minore o di tutore del paziente** _____

Informato sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Tomografia Computerizzata (TAC con MDC) e 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.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto, valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

rifiuto l'indagine proposta

accetto l'indagine proposta

Data _____ Firma del paziente _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA SI NO

(donne in allattamento: interruzione dell'allattamento al seno e scarto del latte per 24 ore)

Data _____ Firma della paziente _____

TIMBRO E FIRMA MEDICO RADIOLOGO

Posso cambiare la mia decisione riguardo all'esame?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso. Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data _____ Firma paziente _____