



CASA DI CURA
S. CAMILLO

INFORMATIVA E CONSENSO ALLA ESECUZIONE DI ESAME TC CON MEZZO DI CONTRASTO

R/23-13
Rev 02
PAG 1/4

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO IN TC

COGNOME _____ NOME _____ NATO/A IL _____

QUESITO CLINICO _____

INDAGINE RICHIESTA _____

Notizie anamnestiche utili a un corretto inquadramento clinico:

- | | | |
|---|----------------------------------|-----------------------------|
| Insufficienza renale grave | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Insufficienza epatica grave | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Insufficienza cardiovascolare grave | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Comprovato rischio allergico a contrasti organo-iodati | <input type="checkbox"/> si (*) | <input type="checkbox"/> no |
| Significativo rischio allergico a farmaci, alimenti e allergeni | <input type="checkbox"/> si (**) | <input type="checkbox"/> no |
| Diabete in trattamento con metformina | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Treatmento con farmaci : | | |
| Beta-bloccanti | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Interleukina | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Biguanidi | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

(*): in questo caso il Paziente va sottoposto all'esame presso una struttura ospedaliera dotata di terapia intensiva.

(**): in questo caso è suggerito il seguente pre-trattamento farmacologico:

- Deltacortene 50 mg per os ogni 6 ore. Iniziando 18 ore prima dell'esame TC con mdc
- Xyzal 5 mg cp per os 1 ora prima dell'esame.
- Omeprazolo 20 mg per os 1 cp la sera prima dell'esame, e 1 cp la mattina dell'esame

E' necessario eseguire e portare in visione l'esame relativo alla creatininemia (da non ripetere se eseguita nei tre mesi precedenti alla data di effettuazione della TC con mdc)

Data _____

(timbro e firma del medico prescrittore)

Data _____

(timbro e firma del medico radiologo)

Si raccomanda:

- digiuno, per almeno 8 ore, prima dell'esecuzione dell'esame.
- portare in visione al Medico Radiologo tutti i precedenti esami (Eco, Rx, TC, RM, scintigrafie, ecc.) relative al quesito diagnostico proposto.

INFORMATIVA AL PAZIENTE

Il medico che La segue ha ritenuto opportuno proporLe di sottoporLa a una tomografia computerizzata (detta anche TAC). Questo esame utilizza radiazioni ionizzanti (raggi X) e prevede la somministrazione di un mezzo di contrasto.

Le radiazioni ionizzanti sono presenti nell'ambiente in cui viviamo (raggi solari, emesse dal terreno, ecc) e, se assorbite a dosi elevate possono determinare danni all'organismo, specie nelle donne in gravidanza, in età fertile e nei piccoli pazienti.

Le dosi impiegate nelle indagini radiologiche vengono tenute basse, nei limiti necessari per ottenere delle adeguate immagini diagnostiche e, le apparecchiature TC di ultima generazione, sono provviste di sistemi automatici per erogare la minore dose possibile di radiazioni.

Durante l' esame TAC è previsto che le venga somministrato un mezzo di contrasto organo iodato, ossia un liquido opaco ai raggi X che ci permetterà di vedere meglio i suoi organi: esso viene iniettato in una vena (del braccio, mano o piede)

I mezzi di contrasto attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri e sono stati somministrati a milioni di pazienti, ma possono determinare effetti secondari estremamente rari. Le reazioni secondarie sono, nella maggior parte dei casi, di lieve entità e di breve durata (vomito, ponfi, senso di calore, nausea); è evenienza rarissima e non prevedibile l'insorgenza di reazioni severe (difficoltà respiratorie e cardiache, anafilassi e solo in via del tutto eccezionale il pericolo di vita).

Eventuali pretrattamenti farmacologici non prevengono in maniera assoluta i rischi sopra riportati.

La nostra Struttura Sanitaria è in grado di garantirLe cure tempestive ed appropriate attraverso il personale Medico-Anestesista.

Prima dell'infusione del mezzo di contrasto è pregaTa di informare il personale medico e tecnico della radiologia su eventuali allergie a Lei note (farmaci, cibi, allergeni ambientali) o di patologie di cui è affetta (renali, epatiche, cardiache, ematiche, mielosa, ecc.) e, per le donne, se è in atto una gravidanza.



CASA DI CURA
S. CAMILLO

**INFORMATIVA E CONSENSO ALLA ESECUZIONE DI ESAME TC
CON MEZZO DI CONTRASTO**

R/23.13
REV 02
PAG 3/4

Io sottoscritto Dottor/Dott.ssa _____ dichiaro di aver fornito le informazioni richieste, di aver risposto a tutte le domande poste e di averne verificato la comprensione da parte dell'interessato.

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO
Responsabile della Prestazione Diagnostica

CONSENSO INFORMATO

all'esecuzione dell'indagine TC con Mezzo di contrasto

- IL PAZIENTE Genitori del paziente minorenni esercenti la potestà genitoriale
- Amministratore di sostegno tutore paziente inabilitato

Il/i sottoscritto/i _____

Ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate alla somministrazione del mezzo di contrasto durante l'esame TC.

Il Medico esecutore, ha inoltre precisato che durante la procedura potrebbe essere necessario modificare la tecnica di conduzione della stessa in rapporto alle valutazioni intraprocedurali e che la procedura potrebbe essere interrotta qualora si verificassero eventi o emergessero condizioni tali da rendere la conduzione secondo le modalità previste inefficace o eccessivamente rischiosa.

Firma

- del Paziente _____
- del Tutore paziente inabilitato _____
- dell'Amministratore di sostegno _____
- dei Genitori del paziente minorenni esercenti la potestà genitoriale¹

Firma 1°Genitore _____ Firma 2°Genitore _____

Informazioni fornite a mezzo dell'interprete/mediatore culturale

Nome e Cognome (2)..... Firma.....

¹ in caso di sottoscrizione di uno solo degli esercenti la potestà genitoriale, con la presente sottoscrizione il firmatario dichiara di esercitarla congiuntamente e di rappresentare con l'apposizione della propria firma anche la volontà dell'altro genitore, ovvero di essere l'unico esercente la potestà genitoriale esonerando da ogni responsabilità la struttura e i suoi Medici per ogni atto conseguente alla mendace affermazione ed accollandosene gli oneri. In caso di esercizio della potestà genitoriale disgiunto sarà indispensabile la sottoscrizione di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale ovvero di procura notarile dell'esercente la potestà genitoriale che non sottoscrive ovvero di dichiarazione con la quale si attribuisce la facoltà di sottoscrivere il consenso all'altro genitore munita di dichiarazione di autenticità della firma.



**INFORMATIVA E CONSENSO ALLA ESECUZIONE DI ESAME TC
CON MEZZO DI CONTRASTO**

**R/23.13
REV 02
PAG 4/4**

Il paziente, temporaneamente impossibilitato ad apporre la firma sul presente documento, è stato esaurientemente informato ed acconsente a sottoporsi al trattamento/intervento/procedura di cui sopra. Motivo dell'impedimento:

Data ___/___/___

Firma del Medico _____

Firma del 1° Testimone _____

Firma del 2° Testimone _____

Il sottoscritto _____

REVOCA

Il proprio consenso al trattamento/intervento/procedura proposto. DATA ___/___/___ ora ___:___

Firma del Paziente _____

Firma del Medico _____ Firma del Testimone _____

Il sottoscritto _____ dichiara che

Il/la sig./sig.ra _____ ha dato indicazioni verbali di revoca del consenso

Data ___/___/___

Firma del Medico _____

Firma del Testimone _____