

 CENTRO MEDICO SPECIALISTICO Via Fava 2/B – 37139 Verona	Modulo di consenso informato all'atto sanitario	Rif. PRQ_GRC-002
	INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO INDAGINE TAC CON MEZZO DI CONTRASTO	INFO_RDL-003 Rev. 1 del 21.01.25

1 – DATI DEL PAZIENTE E ANAMNESI PROSSIMA (COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELL'ESAME)			
Cognome Nome:			
Data di nascita:		Peso: kg.	Altezza: cm.
Gravidanza presunta o accertata: ☐ SI ☐ NO		Raccordo anamnestico:	
Risultato indagini diagnostiche precedenti:			
Quesito clinico:			
EVENTUALI MALATTIE NOTE: Barrare se presenti			
☐ Cardiopatìa		☐ Asma	
☐ Nefropatia		☐ Diabete	
☐ Epatopatìa		☐ Ipertiroidismo	
☐ Mieloma multiplo, paraproteinemia di Waldenstrom		☐ Ipertensione	
☐ Allergopatìa trattata farmacologicamente		☐ Recente assunzione di farmaci nefrotossici	
Precedenti reazioni a farmaci che hanno richiesto trattamento medico: SI NO NON NOTO			
Se si a quali farmaci?			
Precedenti somministrazioni di mezzo di contrasto		SI	NO
Precedenti reazioni a mezzo di contrasto		SI	NO
Eventuali trattamenti contemporanei all'esame da espletare (<i>esclusa premedicazione</i>)		SI	NO
Premedicazione con Deltacortene		SI	NO
Se si specificare: metformina, farmaci nefrotossici (ciclosporine, cisplatino, aminoglicosidi, antinfiammatori non steroidei, beta-bloccanti, interleukina 2, idralazina, ecc..)			
• Il Paziente è affetto da grave insufficienza renale? ☐ SI ☐ NO			
Creatininemia (valore.....)		Data Esame <i>Valido solo se espletato nell'arco dei 90 giorni precedenti</i>	
Filtrato glomerulare (valore.....)		Data Esame <i>Valido solo se espletato nell'arco dei 90 giorni precedenti</i>	
..... Firma del Medico Radiologo Responsabile dell'esame			
2 – DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA			
Per l'effettuazione dell'indagine richiesta è necessario essere a digiuno, ad esclusione dei farmaci abitualmente assunti. Il/La Paziente è in posizione coricata e usualmente disteso sulla schiena (con viso e ventre verso l'alto), sul tavolo radiologico o sul lettino porta pazienti della TAC. Attraverso ago-cannula, per via endovenosa, per infusione o tramite iniettore automatico, viene somministrato mezzo di contrasto iodato non ionico addizionato a soluzione fisiologica: la quantità di mezzo di contrasto iniettata varia in rapporto alla metodica, al quesito diagnostico e al distretto corporeo da esaminare. Successivamente, durante una breve apnea, vengono acquisite immagini con modalità predefinite. TEMPISTICA: l'indagine ha generalmente una durata complessiva di 30 minuti. DOPO L'ESAME: non sono previste controindicazioni alla ripresa delle ordinarie attività. EVENTI AVVERSI: può essere avvertita una transitoria e diffusa sensazione di calore durante l'iniezione. E' possibile che durante o dopo la somministrazione di mezzo di contrasto iodato si verifichino effetti indesiderati legati a reazioni allergiche immediate o ritardate. La somministrazione del mezzo di contrasto prevede l'inserimento di un ago all'interno della vena che può comportare gonfiore, piccole lesioni, ematoma, flebite, rottura dei tessuti muscolari o infezione nel punto del prelievo; nel caso in cui si verifichi uno stravasamento accidentale del mezzo di contrasto nei tessuti molli, le lesioni gravi sono estremamente rare e possono comprendere ulcere cutanee, necrosi o sindrome compartimentale. In rapporto al grado di severità le reazioni immediate possono essere lievi (nausea, vomito, dolore nella sede dell'iniezione), moderate (dispnea, ipotensione, tachicardia) o eccezionalmente a rischio vitale (gravi aritmie, broncospasmo severo, arresto cardio-respiratorio). Per limitare le conseguenze di tali complicanze sono prontamente disponibili apparecchiature, farmaci e personale addestrato, inoltre è attivo il Servizio di Rianimazione con sede attigua al Servizio TAC. Le reazioni ritardate (da un'ora dall'iniezione fino a un massimo di sette giorni) consistono più frequentemente in eruzioni cutanee, sindrome simil influenzale, disturbi gastro-intestinali.			
..... Timbro e Firma del Medico Radiologo Responsabile dell'esame			
3 – SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO			
Il/la sottoscritto/a dichiara di aver compreso il testo e la spiegazione relativi all'esame radiologico propostomi, di cui ai punti 1 - 2 - 3 del presente consenso ed ho ricevuto in proposito risposte chiare ed esaurienti ad ogni mia domanda dal Dr. 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 propostami ☐ Non acconsentire allo svolgimento dell'indagine propostami			
Data			
Firma del Paziente o del Tutore Legale			