

 CENTRO MEDICO SPECIALISTICO Via Fava 2/B – 37139 Verona	Procedura Espletamento dei servizi sanitari e validazione dei processi	PQ 7.6
	RICHIESTA ESAMI DIAGNOSTICI CON MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO PER VIA INIETTIVA	RX - Mod 012 Rev 2 del 14.04.20

1 – DATI DEL PAZIENTE, ANAMNESI E QUESITO CLINICO

Cognome Nome:			
Data di nascita:	Peso: kg.	Altezza: cm.	
Gravidanza presunta o accertata: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Raccordo anamnestico:			
Risultato indagini diagnostiche precedenti:			
Quesito clinico:			
Esame contrastografico richiesto:			
EVENTUALI MALATTIE NOTE: barrare se presente			
<input type="checkbox"/> Cardiopatìa	<input type="checkbox"/> Asma		
<input type="checkbox"/> Nefropatia	<input type="checkbox"/> Diabete		
<input type="checkbox"/> Epatopatia	<input type="checkbox"/> Ipertiroidismo		
<input type="checkbox"/> Mieloma multiplo, paraproteinemia di Waldenstrom	<input type="checkbox"/> Ipertensione		
<input type="checkbox"/> Allergopatia trattata farmacologicamente	<input type="checkbox"/> Recente assunzione di farmaci nefrotossici		
Precedenti reazioni a farmaci che hanno richiesto trattamento medico:		SI	NO
NON NOTO			
Se sì 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 (esclusa premedicazione)		SI	NO
Se sì specificare: metformina, farmaci nefrotossici (ciclosporine, cisplatino, aminoglicosidi, antinfiammatori non steroidei, beta-bloccanti, interleukina 2, idralazina, ecc..)			
<ul style="list-style-type: none"> Il Paziente è affetto da grave insufficienza renale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 			
Creatininemia (valore.....)		Data Esame	
<i>Valido solo se espletato nell'arco dei 60 giorni precedenti</i>			

2 – PREMEDICAZIONE

In caso di anamnesi positiva per precedenti reazioni di tipo allergico a m.d.c. o a gravi reazioni a farmaci.

Dichiaro di avere provveduto a premedicare il Paziente Ambulatoriale con: Prednisone (DELTACORTENE) per os 25 mg 12 ore prima dell'esame e 25 mg 1 ora prima dell'esame.

N.B. L'esame radiologico richiesto non verrà eseguito qualora il Paziente, con anamnesi positiva per reazioni allergiche, non risultasse essere stato premedicato secondo le prescrizioni sopra specificate.

.....
Il Medico Curante o Richiedente

.....
 Recapito Telefonico del Medico curante o Richiedente per eventuali comunicazioni

3 – 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.

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.

NOTA BENE

Qualora a distanza di ore o giorni (max 7) si manifestassero ulteriori sintomi avversi il Paziente è invitato a presentarsi al più vicino Pronto Soccorso.

.....
Timbro e Firma leggibile del Medico Anestesista

.....
Timbro e Firma leggibile del Medico Radiologo

4 – 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/Titolare del consenso)