

**MODULO PER RICHIESTA DI ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO (m.d.c.)
ORGANO-IODATO PER VIA INIETTIVA**

Cognome Nome nato il
residente a CF.....
INDAGINE CONTRASTOGRAFICA RICHIESTA

Ricoverato/a c/o..... Ambulatoriale

Raccordo anamnestico

QUESITO CLINICO

SUGGERITA DA

EVENTUALI MALATTIE NOTE

SI	NO	Insufficienza renale grave
SI	NO	Insufficienza cardio-vascolare grave
SI	NO	Insufficienza epatica grave
SI	NO	Diabete
SI	NO	Anamnesi per mieloma, m. di Waldenstrom

SI NO **Tattamento in atto con farmaci (se SI, specificare quale)**

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> beta-bloccanti | <input type="checkbox"/> biguanidi | <input type="checkbox"/> interleuchina | <input type="checkbox"/> FANS |
| <input type="checkbox"/> ciclosporine | <input type="checkbox"/> cisplatino | <input type="checkbox"/> aminoglicosidi | <input type="checkbox"/> idralazina |

SI NO **Comprovato rischio allergico a mdc o ad altre sostanze**

Se SI, specificare: **eventi**
sostanze

CREATININEMIA: valore data esame non anteriore a 60 gg.
Attenzione: se il valore della creatininemia è oltre il limite superiore, il dosaggio deve essere ripetuto entro i sette giorni antecedenti la data dell'esame e reso disponibile al Medico Radiologo all'atto dell'indagine contrastografica.

Data,

Firma del paziente

Timbro e firma del Medico Curante/Prescrivente

.....
Firma dell'eventuale interprete

DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

Per l'effettuazione dell'indagine richiesta è necessario essere a digiuno da almeno 8 ore, ad esclusione dell'acqua e dei farmaci abitualmente assunti.

Il/la Paziente esegue l'indagine in decubito supino, 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 organo-iodato non ionico addizionato a soluzione fisiologica: la quantità di m.d.c. iniettata varia in rapporto alla metodica, al quesito diagnostico ed al distretto corporeo da esaminare. Successivamente, durante breve apnea, vengono acquisite le immagini secondo il protocollo di studio.

TEMPI: l'indagine ha generalmente una durata complessiva variabile tra i 20 e i 40 minuti.

DOPO L'ESAME: non sono previste contrindicazioni alla ripresa delle ordinarie attività.

EVENTI AVVERSI: può essere avvertita una transitoria sensazione di calore diffusa dopo l'iniezione. È possibile che durante o dopo la omministrazione del mezzo di contrasto iodato si verifichino effetti indesiderati legati a reazioni allergiche immediate o ritardate, anche nella sede di iniezione.

In rapporto al grado di severità le reazioni possono essere:

GRADO I: segni cutanei (prurito, eritema, orticaria, angioedema, flushing);

GRADO II: sintomi cardiocircolatori misurabili, ma non tali da richiedere l'intervento del Rianimatore (nausea, diarrea, vomito, ipotensione, tachicardia, tosse, broncospasmo con difficoltà ad inspirare);

GRADO III: sintomatologia a rischio vitale (collasso cardiovascolare, tachi-bradicardia, aritmie, broncospasmo severo);

GRADO IV: arresto respiratorio, arresto cardiocircolatorio;

GRADO V: morte.

Le reazioni ritardate (da un'ora fino a un massimo di sette giorni) consistono più frequentemente in eruzioni cutanee, sindrome simil-influenzale, disturbi gastro-intestinali.

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto ho preso visione delle informazioni relative alla procedura radiologica 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 del tutto 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 possibile complicanza.

PERTANTO DICHIARO DI	
<input type="checkbox"/> Acconsentire	<input type="checkbox"/> NON Acconsentire
allo svolgimento dell'indagine	allo svolgimento dell'indagine

PER LA DONNA: Stato di gravidanza, certo o presunto, all'atto dell'indagine

SI	NO
----	----

Data,

Firma del Paziente o del titolare del consenso

.....
Firma dell'eventuale interprete

.....
Firma del Medico Radiologo