

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	Ultima Rev.: 19/09/2019
	INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER TAC CON SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO	

Gentile Signora/Egregio Signore,

le seguenti informazioni vogliono renderLa consapevole del tipo di procedura cui verrà sottoposta/o Lei o il Suo familiare. La preghiamo pertanto di leggerle attentamente per essere in grado di manifestare, firmando in calce il documento, il Suo consenso.

Qualora le informazioni non risultassero chiare e/o esaurienti potrà chiedere ulteriori delucidazioni al Suo Medico curante o al Medico Radiologo, prima dell'esecuzione dell'indagine.

Si raccomanda di fornire la documentazione clinica, radiologica e strumentale relativa ad accertamenti eventualmente eseguiti in precedenza.

COS'È LA TAC CON MEZZO DI CONTRASTO ORGANOIODATO

La TAC (**Tomografia Assiale Computerizzata**) è una metodica di diagnostica per immagini, che utilizza radiazioni ionizzanti (raggi X) e consente di riprodurre sezioni o strati (tomografia) corporei del paziente e di effettuare elaborazioni tridimensionali. La produzione delle immagini avviene attraverso l'elaborazione computerizzata dei dati.

Nel Suo caso è necessario somministrare, mediante iniezione endovenosa, un farmaco chiamato "**mezzo di contrasto**" (mdc). Tale farmaco, a base di sali di iodio opaco ai raggi X, permette di riconoscere con maggior chiarezza sia strutture normali sia eventuali processi patologici, consentendo spesso di precisarne la natura.

Il ricorso all'uso del mezzo di contrasto è possibile solo previa esclusione di eventuali controindicazioni, per questo verrà sottoposto ad un "**questionario anamnestico**" dal Medico esecutore.

COME SI EFFETTUA L'ESAME

Dopo averLa fatta posizionare sul lettino della TAC, in una vena dell'avambraccio Le verrà introdotto un ago-cannula attraverso cui sarà successivamente iniettato il mezzo di contrasto. Durante l'iniezione potrà avvertire un generale senso di calore passeggero. La durata media dell'esame TAC è di circa 15-30 minuti: in questa fase, Le raccomandiamo di rimanere tranquillo/a e mantenere il massimo grado di immobilità.

Lei sarà sempre in contatto vocale con gli operatori che eseguono l'esame e che la monitoreranno costantemente, pronti ad intervenire in caso di necessità.

COME PREPARARSI ALL'ESAME

Prima dell'esame:

- È obbligatorio il digiuno da almeno 6 ore prima dell'esame;
- Non bere latte né bevande alcoliche;
- Non fumare;
- Effettuare la terapia come di consueto, salvo diversa indicazione del proprio Medico curante;

- Per i **diabetici**: salvo diversa indicazione del Medico curante, sospendere l'eventuale terapia ipoglicemizzante;
- Esclusivamente nei pazienti con GFR uguale o inferiore a 30 ml/min con rischio nefrotossico presente, l'assunzione di **metformina** deve essere sospesa il giorno dell'esame e riassunta 48 ore dopo l'esame tac con mezzo di contrasto;
- Portare l'**elettrocardiogramma** e gli **esami del sangue** (azotemia, glicemia, creatininemia, elettroforesi proteica) richiesti per l'esecuzione dell'esame TAC con mezzo di contrasto non più vecchi di trenta giorni rispetto alla data prevista per l'esame;
- In caso di **allergie** precedenti (di qualsiasi natura: farmaci, alimenti, stagionali, asma allergico), eseguire terapia desensibilizzante (come da modello fornito al momento della prenotazione);
- Fornire la documentazione clinica (referti/CD/radiografie/ecografie ecc.) relativa ad accertamenti eventualmente eseguiti in precedenza.

Dopo l'esame con mezzo di contrasto:

Per favorire l'eliminazione del mezzo di contrasto si consiglia di bere molta acqua o tè.

Alle donne che allattano si consiglia di sospendere l'allattamento nelle 24 ore successive alla prestazione.

EFFETTI COLLATERALI

La somministrazione endovenosa di mdc non presenta particolari effetti collaterali. Generalmente, al di fuori del senso di calore che potrebbe essere avvertito durante l'infusione del mdc, non si percepiscono disturbi. In sporadici casi possono presentarsi senso di nausea, orticaria, vomito. Estremamente rare sono le complicazioni di particolare gravità, quali reazione allergica al mdc ed effetti collaterali a livello cardiaco, circolatorio, dei reni e del sistema nervoso, che richiedono un trattamento specifico.

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE TAC CON MDCCognome e Nome _____ Ricoverato Non ricoverato

Luogo / Data di nascita _____ Peso in Kg _____

Età _____ Recapito Tel. _____

Il paziente è:			
Affetto da:	iperfunzionalità tiroidea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Malattie cardiache	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Diabete	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Insufficienza renale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
È stato sottoposto a interventi chirurgici? Se sì, indicare quali:		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
È allergico (es. raffreddore da fieno asma allergico, allergie stagionali, punture d'insetto o altro) o è ipersensibile a medicine, cibi, cerotto, anestetici locali o altro? <u>Note:</u> se sì, ha eseguito terapia desensibilizzante?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO
È già stato sottoposto ad esami radiografici con mezzo di contrasto?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha mai avuto precedenti reazioni allergiche ai mezzi di contrasto? <u>Note:</u> se sì, ha eseguito terapia desensibilizzante?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO

ANAMNESI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A CURA DEL PERSONALE SANITARIO

Esami del sangue nella norma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Data esami ematici:	Valore creatinina:	
ECG nella norma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Digiuno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Documentazione precedente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Note:		

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME TAC CON MDC, preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE TAC CON MDC

NON AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE TAC CON MDC PER :

Data _____

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____

(* In caso di minore/interdetto è necessaria la firma di un genitore/tutore

Rappresentante legale di _____ nato il _____

a _____ N. Documento identificativo _____

Dichiaro di:

- Aver letto e compreso l'informativa;
- Aver ricevuto informazioni sufficienti e comprensibili;
- Aver avuto risposte esaurienti ai chiarimenti richiesti.

E pertanto

ACCONSENTO di sottopormi all'indagine proposta

ACCONSENTO di sottopormi all'indagine proposta senza somministrazione di mdc

NON ACCONSENTO di sottopormi all'indagine proposta

Data _____

Firma _____

(paziente, tutore o genitori in caso di minore)

Se, in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'atto sanitario, volesse revocare il consenso è pregato di compilare la parte sottostante:

REVOCO IL CONSENSO

In data _____ Nome e Cognome _____

Firma

**** Il QUESTIONARIO PRELIMINARE ed il CONSENSO INFORMATO del paziente all'esecuzione dell'indagine TAC devono necessariamente essere stampati su un unico foglio fronte / retro.**