

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	M-DI-01
	SERVIZIO DI RADIOLOGIA	Rev. n. 8
	INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER TAC CON SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO	Ultima Rev.: 01/02/2023

Gentile Utente,

le seguenti informazioni vogliono renderLa consapevole del tipo di procedura a cui verrà sottoposta/o Lei o il Suo familiare. La preghiamo pertanto di leggerle attentamente.

Potrà comunque chiedere ulteriori chiarimenti al Suo Medico curante o al Medico Radiologo, prima dell'esecuzione dell'indagine.

CHE COSA 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.

In relazione al tipo di patologia ricercata, può essere necessaria la somministrazione per via endovenosa di mezzo di contrasto (un farmaco a base di iodio opaco ai raggi X) per migliorare il potere diagnostico della metodica; al Paziente verrà incannulata una vena, solitamente dell'avambraccio, attraverso cui sarà successivamente iniettato il mezzo di contrasto. L'iniezione potrebbe creare all'inizio una sensazione di intenso calore, facilmente sopportabile e passeggera.

COME SI EFFETTUA L'ESAME

Il Paziente viene posizionato sul lettino che si muove all'interno di una struttura circolare (*gantry*) al cui interno si trovano la fonte dei raggi X e il sistema di rilevamento. E' opportuno liberarsi di oggetti metallici e/o monili. Questi potrebbero inficiare il risultato dell'esame. I dati acquisiti sono inviati al computer del sistema dove vengono elaborati e trasformati in immagini del distretto esaminato. Esiste la possibilità di ottenere anche ricostruzioni anatomiche nei tre piani dello spazio.

L'esame può durare da 15 a 30 minuti: in questa fase, si raccomanda di rimanere tranquilli e mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente o in apnea quando richiesto.

Il Paziente è sempre in contatto vocale con gli Operatori che eseguono l'esame e che lo monitorano costantemente, pronti ad intervenire in caso di necessità.

EVENTUALI COMPLICANZE

La somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto (mdc) non presenta particolari complicanze. Generalmente, oltre alla sensazione di calore che potrebbe essere avvertita durante l'infusione, non si percepiscono altri disturbi. In sporadici casi possono presentarsi nausea, vomito, orticaria.

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 medico specifico.

Dopo l'iniezione, è necessario riferire immediatamente al personale sanitario qualsiasi segno o sintomo ritenga si sia manifestato durante l'esame (es. difficoltà di respirazione, gonfiore al viso o al collo, capogiri, prurito, eritema, orticaria). Utile abbondante idratazione (almeno 1,5 litri di acqua) post-esame per favorire l'eliminazione del mezzo di contrasto.

PREPARAZIONE NECESSARIA- RACCOMANDAZIONI

Per l'esecuzione di un esame *che preveda la somministrazione di mezzo di contrasto* è necessario:

- Portare in visione la documentazione sanitaria precedente di interesse all'esame da effettuare.
- Essere a digiuno da almeno 6 ore;
- Non bere latte né bevande alcoliche.
- Aver eseguito, da non oltre 30 giorni, un **esame della creatininemia** da portare il giorno dell'esame (serve a valutare la funzionalità renale).
- Di norma, effettuare la terapia farmacologica abitualmente assunta, salvo diversa indicazione del proprio Medico curante. Vanno sospese invece:
 - o l'eventuale terapia ipoglicemizzante per i **diabetici**, salvo diversa indicazione del Medico curante,
 - o l'eventuale terapia con **metformina** che deve essere sospesa il giorno dell'esame e riassunta 48 ore dopo la sua esecuzione.
- Eseguire terapia desensibilizzante in caso di **allergie** (es. pregressa reazione avversa a seguito di esami strumentali con la medesima classe di MdC - chelati del gadolinio, a base di iodio), mastocitosi; asma bronchiale, orticaria o angioedema cronici/ricorrenti non controllata da terapia farmacologica; pregressa anafilassi idiopatica (di cui si ignora la causa scatenante). Il modello relativo alla terapia desensibilizzante da eseguire è disponibile sul sito internet della Casa di Cura.
- Sospendere per prudenza l'allattamento con latte materno nelle 24 ore successive alla somministrazione di mezzo di contrasto.

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE TAC CON MDC

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____
 Luogo di nascita _____ Prov. _____ Età _____ Peso in Kg _____
 Recapito Tel. _____ Non ricoverato Ricoverato (reparto: _____)

	SI	NO		
E' affetto da:	Iperfunzionalità tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Malattie cardiache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Insufficienza renale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
È stato sottoposto a interventi chirurgici? Se sì, indicare quali:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È allergico (es. asma allergica, mastocitosi, angioedema , pregresso shock anafilattico , o altro)? <u>Note:</u> se sì, ha eseguito terapia desensibilizzante? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È già stato sottoposto ad esami radiografici con mezzo di contrasto?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/> NO			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANAMNESI

.....

A CURA DEL PERSONALE SANITARIO

Esami del sangue (creatinemia)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Data esami ematici:	Valore creatinina: _____	
Digiuno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Documentazione precedente Note:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME TAC CON MDC, preso atto delle risposte fornite dal Paziente ed espletata l'eventuale visita medica ne autorizza l'esecuzione e firma in calce alla dichiarazione di consenso

<input type="checkbox"/> NON NE AUTORIZZA L'ESECUZIONE PER Data _____ Firma del Medico _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome _____

Luogo di nascita _____ (Prov. _____) Data di nascita _____

DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI TITOLARI CONSENSO:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome _____

Luogo di nascita _____ (Prov. _____) Data di nascita _____

Documento identificativo _____

In qualità di: GENITORE (se Paziente minorenni) TUTORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
 ALTRO _____

PER LE DONNE IN ETA' FERTILE (art. 10 comma 4 e Allegato VI D.Lgs 187/2000)

Le donne in età fertile devono valutare la possibilità di uno stato di gravidanza ed informarne il Medico Radiologo: le radiazioni ionizzanti sono nocive all'embrione e al feto e possono causare danni quali: malformazioni, disturbi dell'accrescimento, ritardi mentali, leucemie od altri tumori pediatrici, interruzione della gravidanza.

Dichiaro di:

NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

Dichiaro di:

- aver letto e compreso l'informativa;
- di essere stato/a informato/a in modo completo ed esauriente sulle indicazioni cliniche dell'esame, sue finalità, modalità di esecuzione, alternative;
- di aver ricevuto risposte approfondite e comprensibili ai chiarimenti da me richiesti.

Pertanto

- ACCONSENSO** all'esecuzione dell'esame TAC CON SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO
- NON ACCONSENTO** all'esecuzione dell'esame TAC CON SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO

Firma del Paziente _____
(o del Titolare del consenso)

Data _____

Firma del Medico _____

In qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'atto sanitario è possibile revocare il proprio consenso

REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____

REVOCO il consenso all'atto sanitario su indicato.

Firma del Paziente _____
(o del Titolare del consenso)

Data _____

Firma del Medico _____