



Modulo
Richiesta per l'espletamento di esame diagnostico con
mezzo di contrasto organo-iodato per via iniettiva

Cod.MOD3-PGS5/DS
Rev. 6
Data 03/02/2014
Pagina di 1/2

1 - DATI DEL PAZIENTE, ANAMNESI E QUESITO CLINICO

Cognome Nome

Data di nascita / /

etichetta

Ricoverato presso il reparto di

Ambulatoriale

Raccordo anamnestico:

Risultato indagini diagnostiche precedenti:

Quesito clinico:

Esame contrastografico richiesto:

EVENTUALI MALATTIE NOTE: barrare se presente

Cardiopatia

Asma

Nefropatia

Diabete

Epatopatia

Ipertiroidismo

Mieloma multiplo, paraproteinemia di Waldenstrom

Ipertensione

Allergopatia trattata farmacologicamente

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,)

Nel caso di assunzione di IPOGLICEMIZZANTI ORALI (BIGUANIDI) è necessario sospendere la terapia nei 2 giorni precedenti l'esame fino al giorno successivo compreso. Consultare a riguardo il proprio medico curante.

Creatininemia (valore) Data esame . . / . . / (non anteriore a 60 giorni)

.....

Firma del paziente

Per presa visione e coscienza di quanto sopra

.....

Timbro e firma leggibile del Medico Curante o proponente
l'esame diagnostico

2 - PREMEDICAZIONE

In caso di anamnesi positiva per precedenti reazioni di tipo allergico a mezzi di contrasto o a gravi reazioni a farmaci

Dichiaro di avere provveduto a premedicare il Paziente

24 ore prima dell'esame: Omeprazolo –20 mg os + Betametasone Sodio fosfato 1 mg cp / os

12 ore prima dell'esame Omeprazolo –20 mg os + Betametasone Sodio fosfato 1 mg cp / os + Desloratadina 5 mg os

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



Modulo
Richiesta per l'espletamento di esame diagnostico con
mezzo di contrasto organo-iodato per via iniettiva

Cod.MOD3-PGS5/DS

Rev. 6

Data 03/02/2014

Pagina di 2/2

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.

SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Per l'esecuzione di alcune indagini particolari è prevista la somministrazione di farmaci, nello specifico:

- Studio delle vie urinarie-UROTAC: Lasix ® per via endovenosa
- Studio TAC-colo virtuale: Buscopan ® per via endovenosa

Nel caso di anamnesi positiva per reazioni allergiche a mezzo di contrasto, 30 minuti prima dell'esame, saranno somministrati:

- Omeprazolo 40 mg 1fl
- Betametasona 4mg 1 fl
- Clorfenamina maleato 10 mg 1fl

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 verificano 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.

4 – SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto.ho preso visione delle informazioni relative all'esame radiologico propostomi ed ho ricevuto in proposito risposte chiare ed esaurienti ad ogni mia domanda dal Dott.

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.

In caso di paziente di sesso femminile: sussiste stato di gravidanza SI NO

Data .../.../.....

(firma del Paziente o del Titolare del consenso)

NOTE

.....
(Timbro e firma leggibile del Medico Radiologo)