

DATI DEL PAZIENTE E QUESITO DIAGNOSTICO

Cognome Nome

Data di nascita / /

Sesso M F

etichetta

 Ricoverato presso il reparto di Ambulatoriale

Esame richiesto: ECOGRAFIA CON L'UTILIZZO DI MEZZO DI CONTRASTO (SonoVue®)

Quesito Diagnostico

1 – DESCRIZIONE

Lo scopo dell'esame è quello di ottenere una diagnosi più sicura e precoce della sua eventuale patologia, permettendo quindi di velocizzare la diagnosi e l'eventuale intervento terapeutico.

2 – IL MEZZO DI CONTRASTO UTILIZZATO

Sono Vue® è un mezzo di contrasto per l'ecografia costituito da una soluzione contenente piccole bollicine che racchiudono al loro interno un gas inerte (esafluoruro di zolfo [SF₆]). SonoVue® iniettato per via endovenosa attraverso un piccolo catetere posto a livello di una vena del braccio e rimane in circolo per un periodo sufficiente a migliorare l'immagine ecografia degli organi e dei vasi sanguinei e ottenere delle più chiare e interpretabili immagini.

Dalla sua commercializzazione nel 2001, SonoVue® è stato somministrato centinaia di migliaia di pazienti. Durante questo periodo sono stati riportati rari casi (approssimativamente lo 0,01%) di reazione di tipo allergico con sintomi quali reazioni cutanee, diminuzione della frequenza cardiaca e grave diminuzione della pressione arteriosa che in qualche caso hanno portato a perdita di coscienza. Tali eventi possono essere particolarmente seri, specialmente se si verificano in pazienti con patologia cardiaca grave. Le altre reazioni sono state mal di testa (1,3%), reazioni in sede di iniezione (arrossamento, gonfiore, dolore), nausea, dolore toracico, alterazioni del gusto, formicolio, sensazione di calore con rossore. La maggior parte di queste reazioni è stata di lieve entità e si è risolta senza conseguenze.

3 – COSA DEVO FARE IO E QUANTO DURERÀ L'ESAME?

Se dà il suo consenso ad effettuare l'esame Lei sarà sottoposta/o ad un'ecografia durante la quale Le sarà somministrato il mezzo di contrasto ecografico. L'intera procedura durerà 15-20 minuti. Per i 10-15 minuti successivi Lei sarà tenuta/o sotto osservazione per verificare l'eventuale comparsa di disturbi.

Per presa visione

Data _____

Firma del paziente _____

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____

Dichiaro di aver letto e compreso quanto riportato nel modulo **e di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile** dal Dott. _____

che per la malattia di cui sono affetto e per procedere ad una corretta diagnosi è necessaria l'esecuzione di:
ecografia con mezzo di contrasto _____

Dichiaro di essere stato informato:

- sull'importanza diagnostica dell'esecuzione di questa indagine
- sui rischi connessi all'indagine
- sulle alternative diagnostiche possibili

Dichiaro di non essere affetto da gravi patologie cardiovascolari

A seguito delle informazioni ricevute

Acconsento

Non Acconsento

a sottopormi ad **ecografia con mezzo di contrasto** che verrà eseguito dall'Equipe di questa Unità Operativa secondo le modalità espostemi;

Data __/__/____

Firma del paziente _____

Confermo di aver spiegato la natura e gli scopi della procedura da eseguire

Data __/__/____

Firma del medico richiedente _____

Per conferma e verifica di quanto sopra

Data __/__/____

Firma del medico esecutore _____