

**SCHEMA INFORMATIVA PER IL CONSENSO ALL'ESAME DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA**

Il suo medico ha ritenuto necessario proporLe di sottoporsi ad una tomografia computerizzata (TC). La informiamo che questo esame utilizza radiazioni ionizzanti per vedere in modo accurato all'interno del Suo corpo. Il Suo medico ritiene che questo esame fornirà delle informazioni per capire meglio il Suo problema clinico e quindi trattarlo con la terapia più opportuna. Durante l'esame TC potrebbe essere previsto che Le venga iniettato per via venosa un mezzo di contrasto a base di iodio, ovvero un liquido opaco ai raggi X che permetterà di vedere meglio i Suoi organi. I mezzi di contrasto attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri e sono stati somministrati a milioni di pazienti, tuttavia occasionalmente possono dare dei problemi. Segnali immediatamente al personale se ha manifestato in passato fenomeni allergici. I pazienti a rischio di crisi allergica da mezzo di contrasto vanno trattati farmacologicamente prima dell'esecuzione dell'indagine radiologica. Tutto il personale medico è addestrato per curare nel modo migliore queste reazioni, nel caso esse si verificassero. I tipi di reazioni che si manifestano in casi sporadici sono:

- Reazioni minori, come starnuti o nausea: queste reazioni non richiedono alcuna terapia e la probabilità che esse si verificano è circa un caso su cento. - Reazioni severe: queste reazioni richiedono di solito una terapia medica e comprendono ad esempio difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari, convulsioni o perdita di coscienza. La probabilità che si verifichi una reazione di questo tipo è poco più di un caso su mille. - Eccezionalmente, come per molti farmaci, i mezzi di contrasto possono causare il decesso. La probabilità che ciò avvenga è comunque estremamente bassa: meno di un caso su centomila. Raramente si può verificare stravasamento di MdC. Per qualsiasi ulteriore chiarimento il personale medico è a disposizione del paziente.

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA**

IL sottoscritto (nome cognome): \_\_\_\_\_ nato/a: (prov di \_\_\_ ) Il: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (prov \_\_\_\_\_) in via/piazza \_\_\_\_\_

**Oppure (per utenti minorenni)** Io sottoscritto, \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ documento d'identità \_\_\_\_\_

In qualità di  Esercente la potestà genitoriale  Tutore  Amministratore di sostegno  Legale rappresentante

informato/a dal Prof./ Dott. \_\_\_\_\_ sull'esame radiologico da eseguire:

ACCONSENTE l'esecuzione dell'esame

NON ACCONSENTE l'esecuzione dell'esame

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto / a essendo paziente a rischio di crisi allergica da mezzo di contrasto dichiara di aver correttamente eseguito la profilassi come da nostro protocollo (rif. documento di consenso SIRM SIAAIC aprile 2018).

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**

**SI**, sono in stato di gravidanza.

**NO**, non sono in stato di gravidanza

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**REVOCA DEL CONSENSO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_

REVOCO il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Data, \_\_\_\_\_

Firma del paziente / genitore / tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante \_\_\_\_\_

Firma del medico responsabile \_\_\_\_\_

**DA COMPILARE IN CASO DI ESAME CON MDC:**

Creatininemia (entro 3 mesi salvo eventi intercorrenti): \_\_\_\_\_

PESO (Kg): \_\_\_\_\_

ALTEZZA (cm): \_\_\_\_\_

ORA	PA	FC	SAT	HGT

Il/La Paziente presenta:

- 1- Precedenti reazioni moderate/severe ai mdc  NO /  SI /  NON NOTA  
*(si intende reazione moderata se ha richiesto un trattamento farmacologico, e severa se in seguito alla quale il paziente è stato ricoverato)*
- 2- Allergia in trattamento  NO /  SI
- 3- Asma  NO /  SI  
*se risposta affermativa ai punti 1-2-3 eseguire profilassi (v. sotto)*
- 4- Scompenso cardiaco  NO /  SI
- 5- Diabete  NO /  SI
- 6- Insufficienza renale  NO /  SI
- 7- Trattamento in atto con uno dei farmaci sottoelencati  NO /  SI
  - a. (INDICARE):  b-bloccanti /  interleuchina 2 /  trattamento chemioterapico /  FANS (uso cronico) //  Aminoglicosidi //  Metformina

*(in caso di IRC IV - V stadio, sospendere la METFORMINA PRIMA DELL'ESAME e ripristinarla 48 h dopo, previo controllo della creatinina.)*

- 8- Ipertiroidismo  NO /  SI
- 9- Sindrome coronarica acuta recente (6 mesi)  NO /  SI

**TERAPIA AL BISOGNO (PRE/POST ESAME)**

PRESCRIZIONE	NOME E FIRMA MEDICO	NOME E FIRMA SOMMINISTRATORE

Nome e Lotto del Mezzo di Contrasto: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma del medico: \_\_\_\_\_

**PREPARAZIONE**

Non mangiare nelle 4 ore e non bere nell'ora precedente l'esame. Eseguire preliminarmente il dosaggio della CREATININA del sangue.

**PROFILASSI PER MDC IODATI E PARAMAGNETICI**

In caso di anamnesi allergica positiva effettuare profilassi come da nostro protocollo: per via orale prednisone 50 mg (o metilprednisolone 32 mg), somministrato per via orale 13, 7 e 1 ore prima dell'esame più antistaminico (oxatomide 30 mg) 1 ora prima dell'esame; oppure per via intramuscolare o endovenosa metilprednisolone 40 mg 13, 7 e 1 ore prima.