



Modulo per richiesta di esame con mezzo di contrasto (m.d.c.) organo-iodato per via iniettiva

Cognome _____ Nome _____ Nato/a il _____

Ricoverato/a c/o _____ Ambulatoriale _____

Raccordo anamnestico _____

Quesito clinico _____

Indagine contrastografica richiesta _____

È stata effettuata una valutazione clinico-anamnestica volta ad accertare patologie o fattori di rischio che controindichino o impongano particolare cautela nell'uso di m.d.c.iodato:

Comprovata allergia a m.d.c. iodato o ad altre sostanze SI NO
(Se SI, specificare _____)

Insufficienza renale Lieve Media Grave

Insufficienza epatica Lieve Media Grave

Insufficienza cardio-vascolare Lieve Media Grave

Diabete SI NO

Tireotossicosi conclamata SI NO

Paraproteinemie SI NO

Trattamento in atto con farmaci SI NO

(beta-bloccanti, biguanidi, interleukina, FANS)

(Se SI, specificare _____)

Assunzione di alcool, droghe SI NO

Si è ritenuto di eseguire le seguenti indagini di laboratorio:

_____ esito _____ esito _____

_____ esito _____ esito _____

In base agli accertamenti svolti **non esistono** controindicazioni assolute all'utilizzo di m.d.c. iodato per via iniettiva.

Note: _____

Il/la Paziente, adeguatamente informato/a sulla natura dell'indagine proposta, sulle modalità di esecuzione, sui possibili inconvenienti e sui benefici attesi, ha espresso valido consenso.

_____ Data

_____ Il Medico Curante/Prescrivente
timbro e firma

_____ Indirizzo e recapito telefonico

INFORMAZIONE E CONSENSO

INDAGINE CONTRASTOGRAFICA: _____

Consultazione preventiva con il **Medico Anestesista** effettuata SI NO

Prescrizione _____

Data

Il Medico Anestesista

Note _____

Il Medico Radiologo

DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA: per l'effettuazione della indagine richiesta è necessario essere a digiuno. Il/la paziente, è in decubito supino, 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 m.d.c. iniettata varia in rapporto alla metodica, al quesito diagnostico e al distretto corporeo da esaminare.

Successivamente, durante breve apnea, vengono acquisite immagini con modalità predefinite.

TEMPI: 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 sensazione di calore diffusa dopo l'iniezione. È possibile che durante o dopo la somministrazione di m.d.c. iodato si verifichino effetti indesiderati legati a reazioni allergiche immediate o ritardate. In rapporto al grado di severità le reazioni 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). Le reazioni ritardate (da un'ora dall'iniezione fino ad un massimo di sette giorni) consistono più frequentemente in eruzioni cutanee, sindrome simil influenzale, disturbi gastrointestinali.

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto Sig./ra _____
ho preso visione delle informazioni relative alla procedura radiologica proposta ed ho ricevuto in proposito risposte chiare ed esaurienti ad ogni mia domanda.

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**
- **non acconsentire allo svolgimento dell'indagine**

Per la donna: stato di gravidanza SI NO

Data

Firma del Paziente o del Titolare del consenso