Il presente modulo è suddiviso in tre parti, vi preghiamo di compilarlo con una scrittura leggibile e ponendo particolare attenzione alle parti scritte in **grassetto** o sottolineate.

PARTE 1°: Nota Informativa

L'indagine radiologica richiesta prevede la somministrazione, mediante iniezione endovenosa, di una sostanza detta "mezzo di contrasto" che da la possibilità di riconoscere meglio le strutture normali (in particolare escretrici urinarie, vasi arteriosi e venosi) ed eventuali processi patologici e spesso di precisarne la natura.

I mezzi di contrasto (MdC) organoiodati (TAC) e contenenti gadolinio (RMN) possono provocare effetti collaterali e alcune reazioni avverse.

Le reazioni, di grado lieve (nausea, vomito, prurito) o moderato (vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo) sono in genere risolte con semplici provvedimenti terapeutici. Rarissimamente, si possono verificare reazioni severe (shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-respiratorio), che in casi eccezionali possono provocare il decesso. Nella nostra struttura l'iniezione endovenosa di mezzi di contrasto è eseguita con la supervisione di un medico rianimatore.

CONTROINDICAZIONI E PRECAUZIONI D'USO
(Situazioni nelle quali il Mezzo di Contrasto non deve essere somministrato o somministrato con particolare cautela)

- **Pregresso shock anafilattico da MdC**
- **Allergie**
- **Ipertiroidismo (TAC)**
- **Mieloma multiplo (TAC)**
- **Gravi disfunzioni renali**: i mezzi di contrasto organoiodati sono altamente tossici per i reni e possono aggravare uno stato di insufficienza renale latente. Recenti studi hanno dimostrato che l'utilizzo dei Mezzi di Contrasto contenenti gadolinio, pur non essendo direttamente tossici per i reni, aumenta il rischio di sviluppare una rara e grave condizione medica, chiamata **fibrosi sistemica nefrogenica** (**FSN**), che può manifestarsi soltanto: in presenza di insufficienza renale (specialmente grave, con valori di filtrato glomerulare inferiori a 30/ml/minuto/1,73m); in pazienti in emodialisi peritoneale; in pazienti candidati al trapianto di fegato.

Per l'esecuzione dell'esame non è necessaria la sospensione di eventuali trattamenti farmacologici abituali è invece indispensabile:

a) Essere a digiuno da almeno 5 ore
b) Portare, ove esistenti, sia esami radiologici precedenti che i documenti relativi al quesito diagnostico
c) Rispettare l'intervallo di almeno 10 giorni da una qualsiasi precedente somministrazione di MdC endovenoso;
d) E' inoltre consigliato di sospendere l'allattamento per le 48 ore successive all'esame, anche se non esistono informazioni certe al riguardo.

Si informa il paziente che a termine dell'esame TAC con mezzo di contrasto verrà somministrata fleboclisi di soluzione fisiologica da 500 ml endovena allo scopo di facilitare l'eliminazione del mezzo di contrasto.

GVDR Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione

PARTE 2°: riservata al Medico Curante. Se non correttamente compilata l'esame potrà essere annullato.

La compilazione di questa sezione attestante l'esistenza o meno di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio o grave in seguito all'introduzione di mezzi di contrasto è obbligatoria, da parte del Medico Richiedente, per gli esami con somministrazione di mezzi di contrasto:

Per quanto di mia conoscenza dichiaro che il paziente

Cognome e Nome		Nato il	
Indagine proposta		Quesito clinico	

Presenta:

• Comprovato rischio allergico a contrasti organo organoiodati (TC) – paramagnetici (RMN)	SI*		NO	

* **: in questo caso il paziente va sottoposto all'esame presso una struttura ospedaliera**

• Comprovato significativo rischio allergico a farmaci, alimenti ed ambientali	SI**		NO	

** **: in questo caso lo schema suggerito di pre-trattamento farmacologico è il seguente:**

- Ore 13:00 del giorno precedente l'esame: Deltacortene 25 mg + gastroprotezione
- Ore 07:00 del giorno dell'esame: Deltacortene 25mg + gastroprotezione + Kestine 20 mg

Ho valutato i test di funzionalità renale
NON ANTECEDENTI 6 SETTIMANE la richiesta e dichiaro che il paziente presenta:

• Insufficienza renale	SI***		NO	

*** **:In caso di risposta positiva è necessario rendere disponibili i seguenti valori:**

☐ Filtrato glomerulare (FG) è di _____ ml/minuto/m^2 in data _____

☐ creatininemia è di _____ mg/dl in data _____

TC: se la VFG<60 ml/min/m^2 il MdC va somministrato in struttura protetta;
RM: se la VFG<30 ml/min/m^2 il MdC va somministrato in struttura protetta.

Dichiaro che il paziente presenta:

• Insufficienza epatica grave	SI		NO
• Insufficienza cardiovascolare grave	SI		NO
• Anamnesi per mieloma (esami TAC)	SI		NO
• Trattamento in atto con farmaci (beta-bloccanti, biguanidi, interleukina)	SI		NO
• Assunzione di alcool, droghe	SI****		

**** **: in caso di risposta positiva è necessario specificare: _____**

Data _____

Firma del Medico Curante

_____

PARTE 3°: Consultazione con l'Anestesista (a cura dell'Anestesista)

Eventuali prescrizioni dell'Anestesista: _____

_____

_____

Data _____ Firma dell'Anestesista _____

CONSENSO INFORMATO
ALL'ESECUZIONE DI ESAMI RADIOLOGICI CON MEZZI DI CONTRASTO

(a cura del paziente: da leggere attentamente prima di sottoporsi all'indagine diagnostica)

a) Il Dichiarante/Paziente

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il _____

b) Dichiarante (da compilare solo in caso di necessità di Rappresentati Legali)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il _____

In qualità di Rappresentante Legale di _____, nato/a il _____

Essendo stato informato in modo chiaro e completo:

- sull' indagine diagnostica da eseguire e precisamente: _____ _____;
- sulle modalità di esecuzione dell'indagine e tipologia degli strumenti utilizzati;
- sulla composizione chimica delle sostanze iniettate per via endovenosa (mezzi di contrasto organo-iodati e paramagnetici);
- sui farmaci impiegati: _____;

Reso consapevole:

- dei rischi relativi ed eventuali danni per la salute(temporanei/permanenti) e per la vita;
- del fatto che l'indagine possa essere modificata al manifestarsi di eventi avversi;
- della possibilità ed opportunità di richiedere ulteriori delucidazioni in ogni momento dell'indagine;

Avendo valutato le informazioni ricevute ed i chiarimenti che sono stati forniti.
Avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato

☐ **ACCETTA** l'indagine proposta ☐ **RIFIUTA** l'indagine proposta

Data _____ Firma Utente: _____