

	Istruzione Operativa Consenso Informato alla somministrazione di mdc organo-iodato	IO/00004 REV 2
---	---	-------------------

Consenso Informato alla somministrazione di mdc organo-iodato

DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO PRESCRIVENTE l'indagine:

Sig/Sig.ra: _____ Nato/a il: _____ Peso (Kg): _____

Residente: _____ Recapito telefonico: _____

Reparto/Medico richiedente l'esame: _____

Quesito diagnostico: _____

Distretto corporeo oggetto dell'indagine: _____

Note anamnestiche utili: _____

Indicazioni cliniche la cui positività controindica la somministrazione di mdc iodato, prediligendo indagini alternative:

NON RISULTA / **RISULTA** anamnesi positiva per **reazioni allergiche al mdc iodato**;

NON RISULTA / **RISULTA** la presenza di **insufficienza renale** moderata o grave. Entro 30 giorni prima dell'esame è necessario il dosaggio della creatininemia, il cui risultato deve essere portato in visione dal Paziente al momento dell'esecuzione dell'esame TC.

Se risulta insufficienza renale indicare se:

moderata (GFR 30-45 ml/min/1,73 m²) **grave** (GFR <30 ml/min/1,73 m²).

In assenza di tale documentazione (creatininemia) il Medico Prescrivente l'esame dichiara che il Paziente non è affetto da alcuna forma di insufficienza renale.

	File: DI_DPIRI IO-00004 rev 2 20211015123125.ODT	Pagina 1 di 4
--	---	----------------------

	Istruzione Operativa Consenso Informato alla somministrazione di mdc organo-iodato	IO/00004 REV 2
---	---	-------------------

Dati anamnestici da compilarsi da parte del Medico Prescrivente, per i quali è a discrezione del Medico Radiologo l'esecuzione dell'esame:

- NON RISULTA** / **RISULTA** presenza di
- grave insufficienza epatica;
 - grave insufficienza cardiovascolare;
 - diabete;
 - paraproteinemie;
 - feocromocitoma;
 - ipertiroidismo.

- NON RISULTA** / **RISULTA** attuale terapia con
- metformina;
 - farmaci nefrotossici (cisplatino, aminoglicosidi, ciclosporine, FANS, etc.);
 - beta-bloccanti;
 - interleukina 2.

SOLO PER LE DONNE IN ETA' FERTILE: **NON RISULTA** / **RISULTA** possibile stato di gravidanza.

Data _____ Il Medico Prescrivente
 (timbro e firma) _____

Consenso informato

Informato dell'indicazione all'indagine e degli eventuali rischi, dichiaro di acconsentire allo svolgimento dell'esame.

Data _____ Firma Paziente _____

Note Medico Radiologo:

Firma Medico Radiologo _____

	Istruzione Operativa Consenso Informato alla somministrazione di mdc organo-iodato	IO/00004 REV 2
---	---	-------------------

NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

Gentile Signora/e,

l'indagine diagnostica a Lei prescritta prevede l'utilizzo di mezzo di contrasto ORGANO-IODATO somministrato per via venosa o arteriosa, grazie al quale potranno essere opacizzati vari tessuti e strutture anatomiche, consentendo la definizione di eventuale patologia, a scopo diagnostico/terapeutico.

Prima dell'esame sarà premura del Personale che La accoglierà verificare che sussistano tutte le condizioni per poter procedere con l'iniezione del mezzo di contrasto; ciò sarà documentato dal Medico Prescrivente, che provvederà a **compilare il modulo del consenso informato**. In relazione a tale documentazione potranno quindi rendersi necessari alcuni esami preliminari.

Nel corso dell'iniezione potrà avvertire una sensazione di calore più o meno diffusa, della durata di qualche secondo; una possibile complicanza in questa fase potrebbe essere la rottura del vaso venoso e il conseguente spandimento del mezzo di contrasto, che generalmente si risolve senza gravi conseguenze nell'arco di qualche giorno.

Dopo l'iniezione, anche se raramente, possono insorgere **complicanze**.

Possono verificarsi reazioni avverse acute spesso di grado lieve (sudorazione, nausea o vomito, secchezza delle fauci, orticaria, cefalea) o di grado medio (dispnea, broncospasmo, alterazioni pressorie e del ritmo cardiaco, angina, convulsioni, lipotimia); rare le reazioni gravi (edema della glottide, shock anafilattico).

Possono avvenire anche reazioni avverse tardive (da oltre un'ora dall'iniezione sino a circa una settimana), generalmente di tipo cutaneo (rush, eritema, prurito) ed autolimitantesi.

La preghiamo pertanto di segnalare preventivamente al Medico Prescrivente la presenza di **eventuali allergie a mezzi di contrasto** o ad altre sostanze e/o l'eventuale presenza di **asma**. In tal modo qualora il Medico lo ritenesse opportuno, potrà eventualmente essere attuata una preparazione farmacologica che consenta di ridurre il rischio di reazione avversa, in linea con quanto consigliato da linee guida internazionali.

Il mezzo di contrasto iniettato verrà poi eliminato dal suo organismo attraverso i reni e le urine, nell'arco di alcune ore.

Le verrà consigliato pertanto di **bere abbondantemente nelle ore successive all'esame** al fine di eliminare più rapidamente possibile il mezzo di contrasto, a meno che le Sue condizioni non controindichino l'abbondante assunzione di liquidi.

	File: DI_DPIRI IO-00004 rev 2 20211015123125.ODT	Pagina 3 di 4
--	---	----------------------

	Istruzione Operativa Consenso Informato alla somministrazione di mdc organo-iodato	IO/00004 REV 2
---	---	-------------------

La preghiamo, inoltre, di segnalare preventivamente al Medico Prescrivente e al Medico Radiologo la presenza di eventuali patologie cardiovascolari, diabete o insufficienza renale.

In caso di **insufficienza renale** è necessario valutarne il grado, con un esame recente (datato meno di 30 giorni) che attesti il livello di creatininemia.

Pertanto nel caso di elevati valori della creatinina plasmatica o nel caso il Medico lo ritenesse opportuno potrebbe rendersi necessaria una adeguata idratazione per via endovenosa.

In caso di particolare gravità dell'insufficienza renale potrebbe essere controindicato l'utilizzo del mezzo di contrasto; questo evento, nella gran parte dei casi, pregiudica l'esecuzione dell'indagine o, per lo meno, ne limita le possibilità diagnostiche.

Qualora Lei fosse in trattamento con farmaco antidiabetico orale (ad es. metformina) si renderà necessario indagare sulla funzionalità renale. Dovrà fornire pertanto al Medico Prescrivente un recente esame del sangue con il livello di creatininemia per valutare se sarà necessario sospendere l'assunzione del farmaco per un tempo limitato in prossimità dell'esame.

Se le informazioni qui riportate Le risultassero poco comprensibili o non esaurienti si potrà rivolgere al Medico Radiologo o al Personale Infermieristico di servizio deputato all'esecuzione dell'indagine, a disposizione per qualsiasi delucidazione.

L'utilizzo di mezzo di contrasto rende consigliabile **IL DIGIUNO DA ALMENO 6 ORE (*)**; è consentito bere acqua ed assumere i farmaci di eventuali terapie orali in corso, che possono essere ingeriti all'orario normalmente previsto. Nell'eventualità in cui il Paziente giungesse all'esame in assenza di digiuno, sarà discrezione del Medico Radiologo procedere o meno con l'esecuzione dell'indagine con mdc.

E' inoltre consigliata al Paziente un'**abbondante idratazione prima e dopo l'esame**, per accelerare l'eliminazione del mezzo di contrasto, che avviene per via renale.

(*): ESUR Guidelines on Contrast Agents 10.0

	File: DI_DPIRI IO-00004 rev 2 20211015123125.ODT	Pagina 4 di 4
--	---	----------------------