



**NOTA INFORMATIVA**  
**ALL'IMPIEGO DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO**  
**PER VIA ENDOVENOSA DURANTE ESAMI**  
**RADIOLOGICI E TC**  
**Struttura Complessa di Diagnostica per Immagini**

SCH.28 GURADB  
 Data: 27/11/08  
 Rev. 4  
 Pagina 1 di 2

La presente scheda è parte integrante della documentazione clinica del Paziente e deve essere consegnata **debitamente compilata e firmata dal Paziente e dal Medico prescrivente.**

**LEGGERE ATTENTAMENTE**

Nome e Cognome..... nato il..... peso (Kg).....

Nazionalità..... Intervento di mediatore/interprete SI NO

Esame Proposto.....Parte anatomica.....

Quesito Diagnostico/Terapeutico.....

**DATI FORNITI dal MEDICO CURANTE e PRESCRITTORE dell'ESAME INDISPENSABILI per l'esecuzione**

Allo scopo di individuare eventuali condizioni di rischio per l'esecuzione di indagini radiologiche con m.d.c., anche in ottemperanza alle raccomandazioni di cui alla Nota del Ministero della Sanità del 17/9/97, dichiaro che, sulla base degli elementi clinici a mia conoscenza e dei dati anamnestici direttamente forniti dal paziente (che qui sottoscrive) risulta quanto segue :

- SI  NO **Mieloma multiplo, amiloidosi o malattia di Waldenstrom**
- SI  NO **Insufficienza renale → se SI:  Paziente in trattamento dialitico**
- SI  NO **Terapia in corso con farmaci nefrotossici (FANS, ACE-inibitori, aminoglicosidi,cisplatino, ciclosporina)**
- SI  NO **Ipertiroidismo grave**
- SI  NO **Diabete mellito → se sì:  in trattamento con Metformina**
- SI  NO **Insufficienza epatica severa**
- SI  NO **Insufficienza cardiaca congestizia**
- SI  NO **Disidratazione o uso cronico di diuretici**
- SI  NO **Asma bronchiale**
- SI  NO **Precedenti anamnestici di REAZIONE GENERALIZZATA a m.d.c. iodati**
- SI  NO **Se sì, di che tipo ? ..... In che anno ? .....**  
**Minori ( orticaria , ipotensione, broncosparmo)**  
**Severe (convulsioni, broncospasmo severo, edema polmonare, edema laringeo, shock anafilattico)**  
**Altre manifestazioni allergiche .....**

Le condizioni di relativo rischio sopra elencate non rappresentano necessariamente controindicazioni assolute all'esecuzione dell'indagine con m.d.c. ma consentono di valutare con precisione il paziente e programmare l'esame nella maniera più idonea. Presso la nostra S.C. sono in adozione esclusivamente m.d.c non ionici, meglio tollerati e a minor rischio di reazione avversa.

Ho inoltre provveduto a far eseguire al paziente il seguente esame che fornisco in allegato :

**Creatininemia :** ..... mg/dL

Luogo e data .....

**Firma del Paziente** ..... **Firma e Timbro del Medico** che propone l'esame.....

**Portare DOCUMENTAZIONE CLINICA** (visite specialistiche, descrizione interventi chirurgici, lettere di dimissione ospedaliera) e **RADIOLOGICA** (radiografie, ecografie, TC o Risonanza Magnetica) relative alla problematica clinica in esame.

**IN ASSENZA DI QUESTA DOCUMENTAZIONE L'ESAME RADIOLOGICO POTRA' ESSERE ANNULLATO**

**Gent.le Sig.ra/re** .....

Il Medico che La segue ha ritenuto opportuno proporre un esame radiologico con mezzo di contrasto, indispensabile per inquadrare il Suo problema clinico e quindi trattarlo con la terapia più opportuna.

Per effettuare l'esame è necessario iniettare per via endovenosa un liquido contenente iodio opaco ai raggi X al fine di visualizzare gli organi interni. I mezzi di contrasto attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, ma occasionalmente possono dare problemi.

I tipi di reazione che si manifestano in casi sporadici sono:

**1) reazioni minori** : nausea, vomito, orticaria circoscritta. Queste reazioni si verificano in circa 1 paziente ogni 1000 e non richiedono alcuna terapia .

**2) reazioni severe** : orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, aritmie, crisi anginose o ipertensive, convulsioni. Queste reazioni si verificano in circa 1 paziente ogni 6000 e necessitano di adeguata terapia medica.

I fenomeni di intolleranza non sono prevedibili, ma **precedenti reazioni al mezzo di contrasto**, asma bronchiale e allergie importanti sono fattori di rischio che vanno preventivamente segnalati.

La nostra **Struttura Complessa di Diagnostica per Immagini** dispone di **personale e di attrezzature idonee ad affrontare le reazioni avverse derivanti dall'uso del mezzo di contrasto**.

Nel caso di pazienti genericamente **ALLERGICI** è indicato praticare una **premedicazione mediante farmaci cortisonici ed anti-istaminici almeno 12-24 ore prima dell'indagine ( Deltacortene cp 25 mg, Polaramin 1cp 12 e 2 ore prima dell'esame)**; in caso di **precedenti allergie al m.d.c.** l'esame può essere eseguito soltanto in casi di estrema necessità, previa premedicazione e disponibilità di supporto da parte dell'**Anestesista-Rianimatore**.

La compromissione della funzionalità renale - in base alla sua gravità ed alla eventuale presenza di fattori di rischio associati quali, in primo luogo, il diabete - può indicare la necessità di instaurare una adeguata idratazione compatibilmente con le condizioni del circolo (almeno 100 ml/ora di fluidi nelle 24 ore precedenti e successive all'esame), di sospendere trattamenti in corso con metformina o farmaci nefrotossici ed eventualmente di instaurare una profilassi con Acetilcisteina ( Fluimucil 600 mg 1 cp x 2/die il giorno prima ed il giorno dell'esame ).

Per gli esami da eseguirsi in sedazione su bambini piccoli, verrà fornita assistenza da parte del medico Anestesista-Rianimatore per supporto ai parametri vitali.

**Io sottoscritto Sig./Sig.ra** .....

#### DICHIARO

Di essere stato/a informato/a esaurientemente ed in modo comprensibile sull'indicazione clinica, l'utilità e le modalità di realizzazione dell'esame radiologico da eseguire. Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere stato informato dal Dr..... degli effetti collaterali e secondari che possono derivare dall'uso del mezzo di contrasto e di aver ricevuto risposta ai quesiti posti al medico.

**ACCONSENTO** di sottopormi all'esame

**NON ACCONSENTO** di sottopormi all'esame

**Firma del paziente** .....

In caso di minore, firma di un genitore o di chi ne fa le veci .....

**Firma del medico** che ha comunicato le informazioni .....

Data ..... / ..... / .....

Le condizioni psico-fisiche del paziente non consentono di fornire un'adeguata informazione, e l'acquisizione di un valido consenso poiché lo stesso è affetto da.....

Si esegue comunque la procedura per motivi di assoluta necessità e al fine di salvaguardare la vita del paziente. I parenti sono stati informati e prendono atto della situazione.

Data.....Firma.....Grado di parentela.....Documento di identità.....

**I Medici della Struttura Complessa di Diagnostica per Immagini sono a disposizione dei Medici Curanti e dei Pazienti per ogni eventuale chiarimento in merito alle metodiche di indagine e all'utilizzo dei m.d.c. iodati.**