

Dichiarazione anamnestica del Medico di Medicina Generale che attesta l'esistenza o meno di condizioni patologiche che possono favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione del mezzo di contrasto.

COGNOME NOME _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

TEL _____ CEL _____

ESAME RICHIESTO _____

INDICAZIONI _____

Per procedere all'esame con mezzo di contrasto iodato ionico-non ionico sono annotate le seguenti valutazioni clinico-anamnestiche :

- 1) precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzo di contrasto (specificare _____) SI NO
- 2) comprovato rischio allergico ad altre sostanze (specificare _____) SI NO
- 3) forme di grave insufficienza epatica o renale o cardio-vascolare SI NO
- 4) diabete grave, paraproteinemia di Waldenström SI NO
- 5) Attuale assunzione di farmaci biguanidi, interleukine, beta-bloccanti (specificare _____) SI NO
- 6) Mieloma multiplo SI NO

Si ricorda che l'iniezione di mezzo di contrasto va sempre effettuata in condizioni di buona idratazione, per cui le norme relative al digiuno non riguardano l'assunzione di acqua.

In presenza di pazienti a rischio epato, cardio, renale, o nel sospetto clinico di una qualsiasi patologia mielomatosa, o qualora sia previsto l'uso di mezzi di contrasto iperosmolarionici, è indicato procedere ai seguenti accertamenti: creatininemia, glicemia, elettroforesi delle siero proteine (rapporto kappa- lambda) o determinazione della proteinuria di Bence Jones, transaminasi, bilirubina; ed allegare copia delle indagini eseguite.

Data _____

Timbro e Firma del Medico di Medicina Generale

Spazio riservato al radiologo

- Ha preso atto della valutazione anamnestica e accettazione esame SI NO
- Ritene che l'esame sia appropriato SI NO

Eventuali indagini alternative proposte _____

Invio ad accertamenti/consulto con anestesia per _____

Firma del radiologo _____

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____
Residente a _____ Via _____

(da compilare solo in caso di necessità di *genitori o di "rappresentanti legali"*)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ Via _____
in qualità di genitori o rappresentante legale di _____
il/la quale allo stato attuale è impossibilitato ad esprimere valido consenso in quanto _____
_____ candidato/a ad esame radiologico con mezzo di contrasto iodato ionico-non ionico

DICHIARA

- Di aver ricevuto il modulo informativo inerente tale indagine e di essere stato/a informato/a in maniera chiara e comprensibile dal Prof./Dott. _____ su:
 - tipologia di indagine diagnostica o manovra interventistica cui verrà sottoposto (specificare _____)
 - modalità di esecuzione dell'esame e tipologia degli strumenti utilizzati
 - composizione chimica delle sostanze iniettate per via endovenosa e dei farmaci impiegati
- di essere consapevole della possibilità/impossibilità di effettuare indagini alternative di pari efficacia
- di essere consapevole dei rischi relativi ad eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti)
- di essere consapevole degli inconvenienti conseguenti alla mancata esecuzione dell'indagine, per l'insufficienza dei dati raccolti al fine di raggiungere una diagnosi esaustiva
- di essere consapevole del parere del medico e che l'indagine proposta è quella che offre il miglior rapporto beneficio/rischio sulla base delle conoscenze attuali
- di essere consapevole della possibilità/impossibilità che l'indagine, una volta avviata possa essere interrotta su mia richiesta/nostra richiesta
- di essere consapevole del fatto che l'indagine possa essere modificata nell'eventuale presenza di eventi avversi
- di aver preso visione del foglio informativo relativo all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute e i chiarimenti forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

Accetta/accettano l'indagine proposta

Rifiuta/rifiutano l'indagine proposta

Data _____

Firma del Medico Richiedente _____ Firma del Radiologo _____

Firma del paziente _____

Firma dei genitori/tutore _____

Mezzi di contrasto endovascolari

- **MEZZI DI CONTRASTO ORGANOIODATI** per via venosa o arteriosa. Questi preparati provocano la opacizzazione per via vascolare delle strutture anatomiche e ne rendono possibile una più certa identificazione e delimitazione, consentendo spesso una migliore definizione della patologia in causa sia ai fini diagnostici che terapeutici. Il loro indirizzo può avvenire, a seconda delle necessità diagnostiche, per infusione lenta o a bolo rapido. Presso questa struttura sono utilizzati di norma mezzi di contrasto iodati non ionici di ultima generazione, notevolmente più sicuri ed affidabili che in passato: tuttavia in una minima percentuale dei casi (1-3%) sono possibili reazioni avverse, spesso di grado lieve (stravasamento in sede di iniezione, sudorazione, nausea o vomito, secchezza delle fauci, orticaria) o medio (dispnea, broncospasmo, alterazioni pressorie e del ritmo cardiaco, angina, convulsioni, lipotimia); rare, ma possibili, sono le reazioni gravi (edema della glottide, shock anafilattico), con un totale di 3.1% di reazioni allergiche, di cui severe 0.04% e molto severe 0.004%. Gli ultimi dati della letteratura riportano un decesso ogni 70.000 esami, valori non molto dissimili dalla somministrazione di penicillina o altri farmaci). In caso di precedenti allergici specifici ai mezzi di contrasto iodati l'esame potrà essere effettuato, solo se ritenuto assolutamente indispensabile, previa premedicazione con farmaci antistaminici e/o cortisonici e copertura anestesiológica. Vi sono poi alcune malattie che, pur non rappresentando una controindicazione assoluta, aumentano notevolmente il rischio di reazioni avverse e in presenza delle quali è necessaria una valutazione preliminare circa l'effettiva necessità di eseguire l'indagine: mieloma multiplo, paraprotidemia di Waldenström, grave insufficienza epatica, cardiaca o renale, tireotossicosi, allergia pregressa, ipertiroidismo, stati di debilitazione e disidratazione, asma e altre malattie allergiche, anemia falciforme. La preghiamo pertanto di segnalare preventivamente al Radiologo tutte le patologie di cui è portatore ed in particolare quelle prima riportate. È necessaria l'iniezione endovascolare e endocavitaria di mezzi di contrasto per i seguenti esami:
 - UROGRAFIA
 - TC CON MEZZO DI CONTRASTO
 - COLANGIOGRAFIA

Il personale del servizio deputato all'esecuzione dell'indagine richiesta le fornirà ogni possibile e ulteriore chiarimento se le informazioni riportate in questo modulo le risultassero poco comprensibili o avesse dubbi in proposito.