

MODULO INFORMATIVO/ANAMNESTICO PER ESECUZIONE DI INDAGINI RADIOLOGICHE CON SOMMINISTRAZIONE INTRAVASCOLARE DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO (MDC iodato)

Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita _____ Peso (Kg) _____

**IN BASE ALLA VALUTAZIONE CLINICO-ANAMNESTICA E ALLA DOCUMENTAZIONE ATTUALMENTE A DISPOSIZIONE, SI DICHIARA
CHE IL PAZIENTE**

**PRESENTA UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI PER LE QUALI L'EVENTUALE SOMMINISTRAZIONE DI MDC iodato IN CORSO DI
INDAGINE RADIOLOGICA SARÀ POSSIBILE SOLO PREVIA VALUTAZIONE DEI RISCHI CHE LA STESSA PUÒ COMPORTARE:**

<ul style="list-style-type: none"> • Ha eseguito in precedenza esami con MDC iodato NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/> • Ha manifestato precedenti reazioni avverse a MDC iodato NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> <p><i>Se SI descrivere il tipo di reazione:</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesi positiva per altre problematiche allergiche NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> <p><i>Se SI specificare:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Allergie a farmaci/sostanze, specificare farmaco/sostanza:</p> <p><input type="checkbox"/> Anafilassi idiopatica</p> <p><input type="checkbox"/> Angioedema ricorrente</p> <p><input type="checkbox"/> Asma bronchiale non controllata da terapia</p> <p><input type="checkbox"/> Malattia allergica trattata farmacologicamente</p> <p><input type="checkbox"/> Mastocitosi</p> <p><input type="checkbox"/> Orticaria in atto</p> <p><i>In caso di reazioni avverse a MDC iodato e/o di allergie attivare specifico percorso aziendale se presente - la decisione finale di eseguire l'esame spetta alla Radiologia</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesi positiva per condizioni predisponenti un danno renale NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> <p><i>Se SI Specificare:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Diabete mellito, indicare se viene assunta METFORMINA NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Insufficienza renale acuta episodi pregressi</p> <p><input type="checkbox"/> Insufficienza renale cronica, se in emodialisi indicare giornate di trattamento</p> <p><input type="checkbox"/> Monorene o storia di chirurgia renale maggiore</p> <p><input type="checkbox"/> Nefropatie/Proteinuria</p> <p><i>Se SI è obbligatorio, al momento dell'esecuzione della prestazione, presentare il referto di creatinemia (comprensivo di eGFR) con data non antecedente a 3 mesi per pazienti ambulatoriali e a 7 giorni per pazienti degenti:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - in caso di eGFR<30 ml per MDC endo-vena (TC, CESM) e di eGFR<45 ml per MDC intra-arterioso (angiografia) eseguire IDRATAZIONE con soluzione fisiologica e.v. 1 ml/Kg/ora per almeno 3-4 ore prima e 4-6 ore dopo l'esame. - se viene assunta METFORMINA in caso di eGFR<30 ml per MDC endo-vena (TC, CESM) ed in tutti i casi per MDC intra-arterioso (angiografia), sospendere il farmaco 48h prima dell'esame, che potrà essere ripreso 48h dopo l'esame, previa rivalutazione della funzionalità renale. <p><i>In tutti questi casi attivare specifico percorso aziendale se presente - la decisione finale di eseguire l'esame spetta alla Radiologia.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Assunzione di farmaci nefrotossici (Ace inibitori-sartani, Aminoglicosidi, Antifungini, Antivirali, Biguanidi, Ciclosporina, Cisplatino, Diuretici dell'ansa, FANS, Interluchina-2) specificare farmaco/sostanza:</p> <p><i>Si rimette al giudizio del Medico Curante l'eventuale sospensione di tali farmaci.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Stato di gravidanza NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> <p><i>Se SI attivare specifico percorso aziendale se presente - la decisione finale di eseguire l'esame spetta alla Radiologia</i></p>

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

Timbro e firma del Medico proponente

Firma per presa Visione del medico Radiologo

Raccomandazioni generali per esami programmati (non eseguiti in emergenza):

- digiuno da cibi solidi da almeno 6 ore, continuando la normale assunzione di acqua (importante essere ben idratati) e di eventuali farmaci,
- possibilmente non sottoporsi ad esami emato-chimici nelle 24 ore successive all'esame (alcuni valori potrebbero essere alterati).

Le indicazioni fornite sul presente modulo fanno riferimento a linee guida internazionali di riferimento (ESUR 10.0 - anno 2018)

Consenso informato alla somministrazione di mezzo di contrasto

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione.

Firma del paziente (*) _____

Data _____

(*) In caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.