

NOTA INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO PER ESAME TC con mdc e.v.

SCOPO DELLA PROCEDURA E BENEFICI ATTESI: diagnosi differenziale o migliore definizione diagnostica di patologie a carico di vari distretti corporei come encefalo, colonna vertebrale, torace, organi addominali e strutture vascolari.

SINTETICA DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA: dopo aver provveduto all'incannulamento di una vena del braccio, viene somministrato mezzo di contrasto dell'ultima generazione e contemporaneamente si eseguono scansioni TAC dell'area interessata.

Può essere avvertito senso di calore al momento dell'iniezione del contrasto. I mezzi di contrasto attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, sono stati somministrati a milioni di pazienti e raramente possono dare dei problemi.

I tipi di reazioni che possono manifestarsi sono:

reazioni minori come starnuti, prurito o nausea. Queste reazioni non richiedono alcuna terapia e la probabilità che esse si verifichino è di circa 1 caso su 100 pazienti.

Reazioni severe: queste reazioni richiedono di solito una terapia medica e comprendono, ad esempio, difficoltà respiratorie, reazioni allergiche, shock, battiti cardiaci irregolari, convulsioni o perdita di coscienza. La probabilità che si verifichi una reazione di questo tipo è di 1 su 6000 pazienti: in tali casi è garantito l'intervento del medico anestesista-rianimatore, presente nella Struttura. Assai raramente, come succede con molti farmaci, i mezzi di contrasto possono causare il **decesso**; la probabilità che ciò avvenga è di circa 1 caso su 100.000 pazienti.

Gli esami di controllo effettuati in occasione degli esami contrastografici servono a valutare le condizioni generali di salute, ma non sono in grado di prevedere, e quindi evitare un'eventuale reazione negativa da parte dell'organismo.

Io sottoscritto Sig/ra _____ ho preso visione delle informazioni relative alla procedura radiologica proposta ed ho ricevuto in proposito risposte chiare ed esaurienti ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi o da reazioni avverse, che nel mio caso specifico mi sono stati adeguatamente illustrati. Mi è stato comunicato che sono state comunque predisposte tutte le idonee misure e precauzioni per prevenire e/o fronteggiare ogni eventuale complicanza.

Pertanto dichiaro di acconsentire allo svolgimento dell'indagine con somministrazione di mdc ev.

PER LA DONNA : STATO DI GRAVIDANZA

- SI
- NO
- NON so

Data,.....firma del PAZIENTE o del Titolare del consenso.....

firma del Medico Radiologo

TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

La informiamo che il dlgs 10/08/2018, n°101, prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali.

I dati raccolti hanno solo fine diagnostico, per adempiere a specifici compiti istituzionali connessi con l'attività clinica, vengono conservati nell'archivio radiologico e nel sistema informativo della radiologia, vengono trattati solamente da personale autorizzato, vincolato dal segreto professionale e dal segreto d'ufficio.

Le chiediamo il consenso al trattamento dei Suoi dati, apponendo la Sua firma senza la quale non ci sarà possibile l'esecuzione dell'esame.

Data _____ Firma _____

CENTRO MEDICO CHIRURGICO ISCHIA srl
DIAGNOSTICA SAN GIOVAN GIUSEPPE
VIA LEONARDO MAZZELLA, 22 - 80077 - ISCHIA
PIVA 01068920634
TEL 081/983740 - FAX 081/984158
E.MAIL cmcischia@libero.it
PEC cmcischia@dimegliopec.it

**MODELLO INFORMATIVO E CONSENSO AD ESECUZIONE DI ESAME
RADIOLOGICO CON MEZZO DI CONTRASTO (MDC) PER VIA INIETTIVA**

DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE/SPECIALISTA

PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____

Peso (kg) _____ sesso M F

QUESITO CLINICO : _____

Eventuali malattie note

- Asma
- Diabete
- Malattia allergica trattata farmacologicamente
- Insufficienza renale (creatininemia.....)
- Assunzione recente di farmaci nefrotossici (se sì, specificare).....
(ciclosporine, cisplatino, aminoglicosidi, betabloccanti, interleuchina 2, idralazina....)

Precedente somministrazione di mdc:

- SI
- NO

Precedente reazioni allergiche a mdc:

- SI * NO

Precedente reazioni allergiche a farmaci o altre sostanze:

- SI (specificare quali) * NO

Attuale terapia con biguanidi:

- SI : il paziente DEVE SOSPENDERE L'ASSUNZIONE DEL FARMACO 48 ore prima e dopo l'esecuzione dell'esame.
- NO

PREPARAZIONE PER ESAME TC con mdc e.v.

Esami ed accertamenti da portare il giorno dell'esame:

AZOTEMIA, GLICEMIA, CREATININEMIA, eGFR, QPE ED ESAME ELETTROCARDIOGRAFICO.

Gli esami preliminari da esibire necessariamente non devono superare il mese.

Presentarsi il giorno dell'esame a digiuno da almeno 6 ore

SOLO IN CASO DI ALLERGIE (pregresse allergie ai mdc, allergie a farmaci ed alimenti, rinite allergica stagionale, dermatite da contatto ed orticaria) è necessario eseguire una terapia desensibilizzante:

Deltacortene 25 mg compresse: assumere 1 compressa 13 ore, 7 ore ed 1 ora prima dell'esame

Cetirizina 10 mg compresse: assumere 1 compressa 1 ora prima dell'esame

Si raccomanda ai pazienti di non sospendere i farmaci che assumono quotidianamente per le proprie patologie croniche.

L'esame richiesto non verrà eseguito qualora il Paziente non risultasse premedicato.