



**RICHIESTA DI ESAME RADIOLOGICO
ANCHE CON USO INIETTIVO di MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO IDROSOLUBILE
(MDC) [TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC), ANGIOGRAFIA, ETC]**

Per l' Assistita/o (Cognome)

..... (Nome) - Nata/o a il Peso (Kg)

Residenza:

Tel: – Si richiede il seguente esame:

Per il seguente Quesito clinico:
.....
.....

Provenienza: Ambulatoriale - Ricovero, presso UOTel:.....

Medico Richiedente: Tel:.....

Questionario da compilare a cura del Medico Richiedente, nel caso di richiesta di esame radiologico e TC anche con MDC, oppure Angiografia, per conferma / esclusione della possibilità di iniezione di MDC, scelta del MDC e della tecnica iniettiva più idonea, in rapporto alla storia anamnestica e clinica.

Creatininemia: (Valore necessario per misurare il Filtrato Glomerulare Renale - FGR)

	Si	No
1. Diabete		
2. Ipertiroidismo non in trattamento medico		
3. Allergia richiedente trattamento medico - Se Si, specificare a cosa Asma		
4. Pregresse reazioni allergiche a MDC (iodato o paramagnetico) o ad altre sostanze Se Si, specificare quando, tipo ed entità, a quale MDC o ad altra sostanza e valutare se necessaria adeguata pre-medicazione (IO: MQ S106IO01 / S130IO02, 10-04-2013), pena la mancata esecuzione dell'esame richiesto o dell'iniezione di MDC		
5. Terapie in atto / Assunzione recente di farmaci nefrotossici, quali Aminoglicosidi, Beta-bloccanti, Ciclosporine, Cisplatino, FANS, Furosemide, Idralazina, Interleuchina 2,etc Se Si, specificare quale		
6. Terapia con Biguanidi Se Si, sospendere 48 ore prima e dopo l'esame con MDC qualora il valore del FGR sia tra 30 e 45 ml/min		

Malattie da cui l' Assistita/o è affetta/o ed altre osservazioni
.....
.....

DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE: _____

Cosa dire e cosa portare al Medico esecutore dell'esame

- E' molto importante riferire i sintomi che hanno portato all'esecuzione dell'esame ed esibire altri esami (Radiografie, TC, Risonanza Magnetica, Ecografia, Angiografia, etc) eventualmente già condotti e correlati con quello da eseguire. In caso di esame da ripetere a distanza di tempo, cioè, è necessario portare in visione quelli precedenti.
- Il medico Esecutore deve poter consultare i risultati di eventuali altre indagini strumentali o visite specialistiche e, se disponibili, le relazioni del collega Medico curante o le lettere di dimissione rilasciate per precedenti ricoveri.



INFORMATIVA E CONSENSO CONSAPEVOLE, OSSIA INFORMATO, A ESAME RADIOLOGICO ANCHE CON USO INIETTIVO DI MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO (MDC) (TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA, ANGIOGRAFIA, ETC)

L'esame diagnostico richiesto dal Suo Medico prevede l'utilizzo di radiazioni ionizzanti ("esame radiologico") e può includere l'iniezione [endovenosa (ev) "a bolo" o per altra via] di un farmaco, chiamato mezzo di contrasto organo-iodato (MDC), qualora indispensabile per chiarire la sua situazione clinica. **Per l'esecuzione di un esame radiologico con MDC per via iniettiva (ev o per altra via) è previsto il digiuno da almeno 4 ore, con l'esclusione dei farmaci abitualmente assunti che possono essere ingeriti con qualche sorso d'acqua.**

I MDC oggi giorno in uso sono generalmente ben tollerati e quasi del tutto privi di effetti collaterali, ma nonostante l'elevato grado di sicurezza non sono tuttavia esenti da eventi avversi, che possono manifestarsi come:

- **tossicità di organo** (renale, cardiovascolare, metaboliche), se vi sono condizioni patologiche pre-esistenti, da segnalare da parte del MEDICO RICHIEDENTE (vedi retro);

- **reazioni imprevedibili** (di tipo immuno-allergico), di cui riportiamo le più comuni/frequenti.

Generalmente si tratta di reazioni **immediate** e possono essere di entità:

- **lieve** (Nausea, Vomito modesto, Orticaria, Prurito, Sapore metallico in bocca, Sensazione di calore, Sudorazione, Disestesia periorale, Sensazione di testa leggera, Dolore nella sede dell'iniezione, Emicrania) nella maggior parte dei casi (<3%);
- **moderata** (Vomito severo, Orticaria severa, Broncospasmo, Edema facciale/laringeo, Reazione vaso-vagale, Persistenza ed aumento d'intensità dei sintomi lievi, Dispnea, Ipotensione, Dolore toracico) in una percentuale bassa di casi (<0,04%);
- **entità grave** (Shock ipotensivo, Arresto respiratorio, Arresto cardiaco, Convulsioni, Persistenza ed aumento d'intensità dei sintomi moderati, Edema al volto, alle mani ed in altri siti corporei, Cianosi, Edema della glottide, Bradicardia, Shock, Edema polmonare, Aritmie, Midriasi, Paralisi, sino al Coma ed alla Morte) solo in rari casi (mortalità: <1/100.000).

Reazioni **tardive** (eruzioni cutanee, sindrome simil-influenzale, disturbi gastrointestinali, dolori agli arti, possibile effetto di fotosensibilizzazione, etc) sono possibili (0,5-23%) entro 1 ora e sino ad una settimana dopo l'iniezione del MDC, generalmente di lieve entità; nel caso di reazioni tardive, può essere comunque consigliato recarsi in Pronto Soccorso.

Nei pazienti con ipertiroidismo non in trattamento medico, la tireotossicosi è una possibile reazione **molto tardiva** (oltre una settimana dall'iniezione di MDC).

Durante l'infusione ev di MDC, infine, vi è la possibilità che - per cause anatomiche, fragilità della vena, etc - si verifichi rottura del vaso con conseguente stravasamento del MDC nell'area di iniezione (braccio, mano, etc): in questo caso, la tumefazione viene trattata con pomate sintomatiche e impacchi caldo-umidi, eventualmente da proseguire a domicilio.

DICHIARAZIONE DELL'ASSISTITA/O OPPURE DEL TITOLARE DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a.....nata/o il..... **DICHIARO** di essere stata/o informata/o in modo esauriente e comprensibile sull'indicazione clinica dell'esame proposto, sue finalità e modalità di esecuzione, gli effetti e rischi dell'esposizione a radiazioni ionizzanti per fini diagnostici. Io sottoscritto/a dichiaro, inoltre, di essere stata/o informata/o che l'esame, come molti altri trattamenti sanitari, i) non è completamente esente da rischi o effetti collaterali e secondari che possono derivare anche dall'uso del MDC, ii) che nel caso specifico mi sono stati adeguatamente ed esplicitamente illustrati, nonchè iii) di aver ricevuto esauriente risposta ai miei quesiti posti al Medico Esecutore dell'esame. Mi è stato comunicato che sono state comunque predisposte tutte le idonee misure e precauzioni per prevenire e/o fronteggiare ogni eventuale complicanza.

Per la Donna, Stato di Gravidanza?	Si	Non so	No
------------------------------------	----	--------	----

Io sottoscritto/a, quindi, personalmente, fornisco / non fornisco il mio reale, effettivo e completo consenso, pienamente consapevole, ossia informato, all'esame proposto e

- ACCETTO di sottopormi all'esame radiologico proposto con MDC
- ACCETTO di sottopormi all'esame radiologico proposto senza MDC
- RIFIUTO di sottopormi all'esame radiologico proposto

Siena, (Data) Firma per esteso dell'Assistita/o oppure del Titolare del consenso
.....

TRATTAMENTO dei DATI SENSIBILI

Sulla base del dlgs 30/06/2003, n. 196 che prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, la informiamo che i dati raccolti hanno solo fine diagnostico per adempiere a specifici compiti istituzionali connessi all'attività clinica. Essi vengono trattati solo da personale autorizzato vincolato dal segreto professionale e dal segreto d'ufficio. Le chiediamo pertanto di esprimere il consenso al trattamento dei suoi dati. Le chiediamo inoltre di esprimere il consenso al trattamento dei suoi dati in forma anonima a fini inerenti la ricerca clinica ai sensi delle norme di legge in materia di protezione dei dati personali (DDL 196/2003, 190/2008) e delle norme della buona pratica clinica (DL 211/2003).

Siena, (Data) Firma per esteso dell'Assistita/o oppure del Titolare del consenso
.....

Da compilare a cura del Medico Esecutore

Accettazione dell'esame: SI NO (se NO, specificare il motivo)
Sostituzione dell'esame proposto con esame
Firma del Medico Esecutore