

PREPARAZIONE ALL'USO DI MEZZI DI CONTRASTO E.V.

SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile: Dr. N. Danese

Si invitano i signori pazienti che devono eseguire TAC con mezzo di contrasto iodato ad attenersi alle seguenti direttive:

1. ESEGUIRE ED ESIBIRE I SEGUENTI ESAMI DI LABORATORIO:

- Creatinemia + eGFR
- TSH, FT3, FT4
- Elettroforesi delle proteine con tracciato grafico
- Azotemia
- Glicemia
- Transaminasi
- Emocromo con formula
- Elettrocardiogramma (non antecedente ai 3 mesi)

2. OSSERVARE IL DIGIUNO ASSOLUTO 6 ORE PRIMA DELL'ESAME

3. EVENTUALI TERAPIE MEDICHE NON VANNO SOSPENSE AD ECCEZIONE DELLA METFORMINA (ANTIDIABETICO) CHE VA SOSPESA IL GIORNO PRIMA, IL GIORNO DELL'ESAME ED IL GIORNO DOPO, CHIEDENDO AL PROPRIO MEDICO DI FAMIGLIA SE NECESSARIO SOSTITUIRLO CON UN ALTRO ANTIDIABETICO ORALE.

E' NECESSARIO AI FINI DIAGNOSTICI PORTARE EVENTUALI ESAMI PRECEDENTI (RX, TAC, RMN, ECOGRAFIE) E DOCUMENTAZIONE CLINICA; IN PARTICOLARE, NEL CASO DI PREGRESSI INTERVENTI CHIRURGICI, FOTOCOPIA DELLA CARTELLA CLINICA DA CUI EVINCERE IL TIPO E LE MODALITA' DELL'INTERVENTO STESSO.

L'ASSENZA DI TALI INFORMAZIONI POTREBBE NON CONSENTIRE L'ESECUZIONE DELL'ESAME IN QUANTO NON CLINICAMENTE GIUSTIFICATO!

IN CASO DI DOCUMENTATA ALLERGIA AL M.D.C. ORGANO-IODATO FARE RIFERIMENTO ALLO SPECIALISTA RADIOLOGO DI STRUTTURA

- **In caso di angioedema ricorrente, mastocitosi, anafilassi idiopatica (pregressa reazione allergica verso sostanze non note), eseguire il seguente schema terapeutico:**
Prednisone 50 mg (o metilprednisolone 32 mg) 12 e 2 ore prima dell'esame + antistaminico (per es. Cetirizina) 1 ora prima dell'esame
- **In caso di orticaria in atto o asma bronchiale sintomatica, fare riferimento allo specialista Radiologo della Struttura.**
- **In caso di allergie alimentari, farmacologiche o verso antisettici iodati (e.g. betadine) non è necessaria terapia desensibilizzante.**

Il giorno dell'esame il paziente si dovrà presentare in Radiologia munito di:

- 1) RICHIESTA DEL MEDICO CURANTE
- 2) RICHIESTA DEL MEDICO SPECIALISTA
- 3) RICEVUTA TICKET (rilasciata dagli uffici amministrativi)

da consegnare al tecnico di radiologia esecutore dell'esame.

**NEL CASO IN CUI IL PAZIENTE NON SI SIA ATTENUTO
A TUTTO QUANTO SOPRA SPECIFICATO
L'ESAME PRENOTATO POTREBBE NON ESSERE ESEGUITO,
SALVO CASI PARTICOLARI**



Via Golfo di Taranto, 22 - Taranto
Tel. 099.7727111 - Fax 099.7727610
www.villaverdetaranto.it
direzionesanitaria@villaverdetaranto.it

Consenso informato all'uso dei mezzi di contrasto e.v.

SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
Responsabile Dr. N. Danese

All'Unità Operativa di Radiologia

Modulo per richiesta di esame con m.d.c. organo-iodato per via iniettiva (ai sensi della nota del M.d.S. del 17.09.1997)

Cognome _____ Nome _____ Nato/a il _____

Ricoverato/a c/o U.O. _____ Cartella N° _____ Ambulatoriale _____

Reparto _____ Recapito telefonico _____

Quesito clinico _____

Indagine proposta _____

Per la corretta valutazione clinico-anamnestica è indispensabile conoscere dati relativi a:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| • Comprovato rischio allergico a contrasti iodati (quelli usati per esami TC ed Rx Urografici) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Comprovato rischio allergico ad altre sostanze | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Insufficienza epatica grave | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Insufficienza renale grave | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Insufficienza cardio-vascolare | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Ipertensione | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Diabete | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Epilessia | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Malattia infettiva o contagiosa | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Anamnesi positiva per linfomi | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Anamnesi per paraproteinemie o mieloma multiplo | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Trattamento in atto con

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| • Farmaci (beta-bloccati, biguanidi, interleukina) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| • Assunzione di alcool, droghe | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Taranto, ____/____/____

Firma del medico di base o di Reparto (per i ricoverati) _____

Presentarsi _____ alle ore _____ con gli esami richiesti in fase di prenotazione. Preso atto delle informazioni assunte direttamente dal paziente, dei dati clinico-anamnestici raccolti dal Medico Curante, del quesito clinico e dell'indagine proposta, si ritiene/non si ritiene di procedere

all'esame _____ con il m.d.c., di procedere ad ulteriore

accertamenti _____

N.B. La consultazione con l'anestesista è opportuna nei pazienti a rischio (comprovato rischio allergico, gravi forme di insufficienza epatica o renale o cardiovascolare, paraproteinemia di Waldstrom o mieloma multiplo).

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| • Consultazione con l'Anestesista effettuata | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
|--|-----------------------------|-----------------------------|

Prescrizioni eventuali dell'Anestesista _____

Taranto, ____/____/____

Firma dell'Anestesista _____



Consenso informato all'uso dei mezzi di contrasto e.v.

SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
Responsabile Dr. N. Danese

Informazioni sui rischi da mezzo di contrasto iodato sommministrato per via endovenosa

La somministrazione di mezzo di contrasto (MdC) iodato per via endovenosa (e.v.) in corso di vari esami radiologici consente la visualizzazione, e quindi lo studio, di numerosi organi ed apparati, compresa la distribuzione vascolare ed il comportamento di eventuali lesioni siano esse solide o liquide. A tale scopo si utilizza una soluzione liquida contenente iodio, che viene somministrata in quantità variabile per via e.v., con varie modalità (infusione o iniezione rapida con iniettore automatico).

In alcuni casi si possono verificare reazioni al mezzo di contrasto, di varia gravità e durata, imprevedute ed imprevedibili, che possono andare dal semplice fenomeno di intolleranza fino all'allergia grave. La possibilità che tali reazioni si verifichino può essere sensibilmente ridotta grazie ad un'accurata selezione dei pazienti prima dell'esame evidenziandone gli eventuali fenomeni allergici passati (anche alimentari) a qualsiasi sostanza e somministrando preliminarmente alcuni farmaci (la cosiddetta terapia desensibilizzante) che riducono, ma non eliminano, la possibilità di reazioni avverse. Allo scopo di valutare alcune funzionalità (renale soprattutto) si dovranno effettuare degli esami ematochimici, anch'essi preliminari, in assenza dei quali non si potrà procedere all'effettuazione dell'indagine.

In alcuni casi, soprattutto in pazienti nefropatici, è possibile l'insorgenza di insufficienza renale, anche irreversibile, causata dal mezzo di contrasto (CIN vale a dire Nefropatia indotta da Contrasto), per tale motivo si consiglia un'iperidratazione prima e dopo l'esame (è sufficiente nella gran parte dei casi bere molta acqua nello stesso giorno dell'esame). In pazienti con severe patologie cardiovascolari, diabetiche ed epatiche ed inoltre con mieloma o macroglobulinemia di Waldstrom l'esame contrastografico è più a rischio; in tali condizioni, con l'inclusione delle suddette nefropatie, è obbligatoria la consulenza anestesilogica preliminare che ha lo scopo oltre che di selezionare anche di variare la gestione dei pazienti (vedi ad esempio l'iperidratazione endovenosa prima e dopo l'esame) a seconda delle condizioni cliniche.

Si fa presente la possibilità di rottura del vaso sanguigno e la conseguente raccolta della sostanza iodata nei tessuti contigui durante l'infusione del mezzo di contrasto con iniettore automatico (utilizzato solo per gli esami TAC); tale condizione è comunque reversibile nel senso che il mezzo di contrasto verrà naturalmente riassorbito nel giro di alcuni giorni.

Considerando che l'esame contrastografico richiesto dal proprio medico è ritenuto indispensabile per ogni successivo atto terapeutico, è necessario che sia sottoscritto, dopo aver letto attentamente questo foglio informativo, un esplicito consenso informato alla esecuzione di tali esami contrastografici da parte del paziente o, se questo sia impossibilitato ad esprimere la propria volontà da parte di un proprio congiunto.

CONSENSO INFORMATO

Informato dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimento e delle eventuali complicanze e rischi connessi con l'esecuzione dell'indagine

io sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

ampiamente soddisfatto delle informazioni e dei chiarimenti ricevuti dal/lla Dr. _____

dichiara di acconsentire allo svolgimento della stessa, e solleva il Medico Radiologo da ogni responsabilità relativa all'insorgenza di imprevedibili fenomeni di reazione allergica.

Taranto, ___/___/____

Firma del Paziente _____

Firma del Medico _____

Il paziente ha eseguito pre-medicazione desensibilizzante _____