



**CONSENSO INFORMATO ALL'USO DEL
MEZZO DI CONTRASTO**



**DA ACCLUDERE AD OGNI RICHIESTA DI ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO
PER VIA INIETTIVA TC / RMN**

Nome e cognomeData di nascita.....

Indagine richiesta: TC RMN

Per la somministrazione di mezzo di contrasto endovena sono necessari:

- digiuno da almeno 6 ore
- esecuzione preliminare dei seguenti esami, **CON DATA DI ESECUZIONE ALMENO TRE MESI**, al fine di escludere la presenza di patologie non clinicamente manifeste:

**AZOTEMIA* – GLICEMIA – CREATININEMIA* – URICEMIA – ELETTROFORESI PROTEICA –
ESAME URINE – E.C.G.**

Gli esami contrassegnati dall'asterisco (*) sono gli unici necessari per sottoporsi ad un'indagine RMN con iniezione di mezzo di contrasto paramagnetico.

L'iniezione endovenosa di un mezzo di contrasto in alcune persone può causare manifestazioni allergiche o disturbi da intolleranza.

Pertanto La invitiamo a riempire il seguente questionario, con l'aiuto del medico curante, ed a segnalare tempestivamente al personale incaricato eventuali precedenti episodi di intolleranza a medicinali e/o mezzi di contrasto utilizzati per via iniettiva.

QUESTIONARIO da compilarsi preferibilmente a cura del medico curante-richiedente volto ad accertare patologie o fattori di rischio che controindichino l'utilizzo di mezzi di contrasto per via endovenosa.

- | | | |
|--|-------|------|
| 1. Ha mai avuto fenomeni allergici stagionali o dopo l'assunzione di medicinali, alimenti, anestetici? | [SI] | [NO] |
| 2. Ha mai effettuato esami con infusione di mezzo di contrasto e.v.? | [SI] | [NO] |
| 3. Ha avuto in passato disturbi dopo infusione di mezzo di contrasto e.v. ? | [SI] | [NO] |
| 4. E' in stato di gravidanza? | [SI] | [NO] |
| 5. E' affetto da ipertiroidismo? | [SI] | [NO] |
| 6. E' affetto da mieloma multiplo o m. di Waldenstrom ? | [SI] | [NO] |
| 7. E' affetto da insufficienza renale grave? | [SI] | [NO] |
| 8. E' affetto da grave sofferenza del miocardio ? | [SI] | [NO] |
| 9. E' affetto da diabete mellito ? | [SI] | [NO] |
| 10. E' in trattamento con farmaci (beta-bloccanti, biguanidi, interleukina, fans) | [SI] | [NO] |

Nel caso di fenomeni allergici o disturbi dopo l'infusione di mezzo di contrasto e.v. lo schema suggerito di pretrattamento farmacologico è il seguente:

1. Urbason 4mg - 1 compressa ogni 12 ore (ore 8 – ore 20) per tre giorni,
2. Urbason 4mg – 1 compressa 2 ore prima dell'esame (totale sette compresse).

Nei Pazienti con malattie dismetaboliche (diabete), ipertensione arteriosa ecc. il trattamento desensibilizzante va effettuato sotto stretto controllo medico.

IL MEDICO CURANTE/ PRESCRIVENTE
Timbro e firma

.....



**CONSENSO INFORMATO ALL'USO DEL
MEZZO DI CONTRASTO**



INFORMATIVA SUGLI EFFETTI SECONDARI DA MEZZI DI CONTRASTO

- a) **BANALI:** non interferiscono nel proseguo dell'indagine, non richiedono terapia ; rispondono ad adeguata assistenza psicologica.
Comprendono: dolore da stravasamento in sede di iniezione ; sapore metallico; senso di calore ; formicolii al volto e alle estremità; sensazioni " peculiari " corporee; nausea.
- b) **LIEVI:** solo occasionalmente interferiscono nel proseguo dell'indagine; non richiedono terapia; spesso rispondono ad adeguata assistenza psicologica:
Comprendono: dolori da vasospasmo irradiato al braccio; orticaria limitata; nausea con conati di vomito lieve; pallore lieve; sudorazione.
- c) **MODERATI:** interferiscono sempre nel proseguo dell'indagine ; richiedono terapia generica e specifica; non è indispensabile la convocazione dell'anestesista rianimatore.
Comprendono: brividi, debolezza, orticaria diffusa, vomito severo, edema periorbitario, broncospasmo, dispnea, dolori toracici ed addominali, cefalea, edema laringeo.
- d) **GRAVI:** mettono in pericolo la vita del paziente; è indispensabile chiamare a consulenza l'anestesista rianimatore.
Comprendono: ipotensione con tendenza al collasso, aritmie in evoluzione, edema polmonare, convulsioni, arresto cardiaco, perdita di coscienza da causa centrale.
- e) **LETALI:** la loro frequenza è mal valutabile date le difficoltà incontrate anche nel corso delle inchieste più qualificate. A titolo prudenziale si può accettare un valore orientativo di 1/100.000 per quanto riguarda il Mdc iodato in uso in Tac/radiologia, mentre la percentuale si abbassa notevolmente per quanto riguarda il Mdc paramagnetico in uso in Rmn (1/1.000.000).

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE

Il/La sottoscritto/a.....
Dichiaro di essere stato dettagliatamente informato sulla necessità di eseguire l'esame di cui sopra e sulle finalità, modalità di svolgimento dell'indagine per cui, edotto sulle informazioni contenute in questo modulo ed a conoscenza di tutti i rischi connessi alla introduzione di mezzo di contrasto endovena, autorizzo l'esecuzione dell'indagine.

Pescara, lì.....

FIRMA DEL PAZIENTE PER PRESA VISIONE
O DI CHI NE HA LA TUTELA

.....