


# ISTITUTO IPERBARICO - VILLAFRANCA - VR

	titolo: <i>CONSENSO INFORMATO ESAME TAC CON MDC</i>	Pag. 1 di 2
---	---	----------------

data di emissione: 31/03/2015	redatto da TSRM:	verificato da RMG:	approvato DIS:
nome file: <i>i_q0803c_consenso tac con mdc.doc</i>			

Dati del Paziente			
Cognome		Nome	
Data di Nascita		Peso (Kg)	

Il medico che La segue ha ritenuto opportuno proporLe di sottoporsi a una tomografia computerizzata (detta anche TC). La si informa che questo esame utilizza i raggi X e i computer per vedere all' interno del suo corpo. Il suo medico ritiene che questo esame fornirà delle informazioni per capire meglio il suo problema clinico e quindi trattarlo con la terapia più opportuna. I raggi X possono causare un danno biologico ai tessuti irradiati, tuttavia la quantità di raggi attualmente impiegati nell'indagine unita alla qualità e alla sicurezza delle apparecchiature fanno sì che la probabilità di danno sia assolutamente trascurabile in confronto al beneficio ottenuto grazie alle informazioni diagnostiche fornite dall'indagine. Per ogni ulteriore chiarimento il personale medico è a Sua disposizione.

Esaurientemente informato/a in merito all'esame radiologico da eseguire con le modalità ritenute più opportune dal medico specialista radiologo.

In piena coscienza,

**non acconsento** /  **acconsento**,

a sottopormi all'esame radiologico TC .

Data ..... Firma paziente .....

Data ..... Firma Medico Radiologo .....

### Da compilare SOLO in caso di esame TC con Mezzo Di Contrasto (MDC)

Il sottoscritto .....presa conoscenza che:

- L'uso di mezzo di contrasto iodato per via endovenosa consente l'opacizzazione dei vasi e dei tessuti durante l'esame radiologico, fornendo in tal modo più informazioni per valutare il problema clinico del Paziente;
- Reazioni allergiche di lieve entità al mezzo di contrasto iniettato si hanno in circa 1 su 5 Pazienti e consistono in prurito, starnuti ed orticaria; meno comunemente reazioni lievi includono difficoltà respiratoria e gonfiore al viso;
- Complicanze più serie si hanno in circa 1 caso ogni 2.000 ed includono reazioni allergiche gravi, abbassamento della pressione arteriosa, collasso cardio-circolatorio e difficoltà respiratoria; raramente (1 caso su 60.000) queste complicanze possono indurre al decesso;
- Il rischio di una reazione grave è aumentato nel caso il Paziente soffra di diabete o asma, presenti allergie a cibi o farmaci oppure abbia avuto precedenti reazioni dopo somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto iodato (\*);

### A U T O R I Z Z A

con la sottoscrizione del presente atto, il Servizio in indirizzo a praticargli l'iniezione endovenosa di mezzo di contrasto.

Data .....

.....  
Firma del Paziente

**(\*) per escludere la presenza di situazioni cliniche non manifeste che aumentano il rischio di reazioni chemiotossiche da mdc, è richiesto di eseguire l'accertamento della creatininemia (max 30 gg antecedente il giorno dell'esame).**

**Per l'esecuzione di esami ai minori il modulo va compilato dal tutore legale responsabile.**

Il/la sottoscritto/a ..... Tutore Legale del minore.....  
autorizza l'esecuzione dell'esame TC con le modalità ritenute più opportune dal medico specialista radiologo.

Firma .....

**DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE per ESAMI TAC con MDC****Eventuali malattie note:**

- Asma
- Diabete
- Malattia allergica trattata farmacologicamente: .....
- Insufficienza renale (Creatininemia ....., GFR .....) )
- Assunzione recente di farmaci nefrotossici (se sì, specificare): .....  
(ciclosporine, ciplatino, amino glicosidi, betabloccanti, interleuchina 2, idralazina .....

**Attuale terapia con biguanidi (metformina):**

- SÌ: il paziente DEVE SOSPENDERE L'ASSUNZIONE DEL FARMACO 48 ore prima e dopo l'esecuzione dell'esame se presente riduzione della funzionalità renale.
- NO

**Precedenti somministrazioni d MDC:**

- SÌ       NO

**Precedenti reazioni allergiche a MDC:**

- SÌ\*       NO

**Precedenti reazioni allergiche a farmaci o altre sostanze:**

- SÌ (specificare quali)\* \_\_\_\_\_  NO

**\*IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE A MDC O A FARMACI E' NECESSARIO ESEGUIRE PREPARAZIONE DESENSIBILIZZANTE.**

**ESEMPIO:** Secondo le linee guida della European Society of Uroradiology – ESUR: prednisolone 30 mg (o Metilprednisolone 32 mg) per os, 12 e 2 ore prima della Tac. Oppure: Prednisone (DELTACORTENE) per os 25 mg 12 ore prima dell'esame e 25 mg 1 ora prima dell'esame.

**NB:** qualora non sia possibile la terapia orale, si può somministrare per via ev 20 mg di SOLUMEDROL (Metilprednisolone), con dose totale rispettivamente di 80 mg (12 h prima) + 20 mg (2 h prima). Oppure, se paziente non collaborante: con 100 mg di idrocortisone (FLEBOCORTID) E.V.: 50 mg 12 ore prima dell'esame e 50 mg 1 ora prima dell'esame.

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

Data \_\_\_\_\_

.....  
Timbro e firma per esteso  
del Medico Curante o dello Specialista