SINTESI INFORMATIVA

CHE COS'E'

La TC è una tecnica diagnostica che utilizza radiazioni ionizzanti e fornisce, rispetto alla radiologia tradizionale, un miglior dettaglio morfologico di tutte le struttura anatomiche. Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso per il possibile rischi di danni al feto.

A COSA SERVE

E' un'indagine di approfondimento diagnostico che sulla base d'indicazione clinica consente di studiare problematiche traumatologiche, oncologiche, infiammatorie e, più in generale, situazioni di urgenza-emergenza di tutti i distretti corporei.

COME SI EFFETTUA

Il paziente viene posizionato su un lettino che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (gantry) al cui interno si trovano la fonte di raggi X ed i dispositivi di rilevazione. I dati di rilevazione ottenuti vengono rielaborati da un computer che li trasforma in immagini del distretto esaminato. Esiste la possibilità di ottenere anche ricostruzioni anatomiche nei tre piani dello spazio. A discrezione del Medico Radiologo e in relazione al tipo di patologia da studiare, può essere necessario somministrare un mezzo di contrasto per via endovenosa che migliora il potere diagnostico della metodica.
Le articolazioni possono essere studiate in alcuni casi con artroTC che prevede l'introduzione intrarticolare di mdc.

COSA PUO' SUCCEDERE- EVENTUALI COMPLICANZE

Una funzionalità renale compromessa è il principale limite all'uso del mezzo di contrasto organo- iodato. Per tale motivo a testimonianza di una funzionalità renale non compromessa può essere richiesto un valore della creatininemia ed eGFR recente. I mezzi di contrasto iodati attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, ma occasionalmente possono dare le seguenti reazioni: MINORI come vampate di calore, starnuti, nausea, vomito, orticaria circoscritta, sintomi che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono spontaneamente .
MEDIE O SEVERE come orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari o perdita di coscienza, shock anafilattico, edema della glottide, richiedono di solito terapia medica o l'intervento del rianimatore. In casi del tutto eccezionali, come avviene con molti altri farmaci, i mezzi di contrasto possono causare decesso. I medici ed il personale della radiologia sono addestrati per curare nel miglior modo possibile queste reazioni nel caso si verificassero. Esiste la possibilità di reazioni ritardate (entro una settimana), generalmente cutanee lievi, che si risolvono per lo più senza terapia. E' altresì possibile la comparsa di altri effetti collaterali, più rari, generalmente di lieve-media entità e l'aumento di probabilità di comparsa degli effetti collaterali segnalati, per patologie concomitanti e l'esecuzione di altri trattamenti (farmacologici, chemioterapici,…). L'artro TC, generalmente, non comporta significativi effetti collaterali di tipo sistemico.

PREPRARAZIONE NECESSARIA –RACCOMANDAZIONI

Per l'esecuzione di un esame che preveda l'utilizzo del mezzo di contrasto è necessario essere a digiuno da almeno 4 ore (con l'esclusione dei farmaci abitualmente assunti che possono essere ingeriti o di acqua).
In caso di esecuzione di esami con mezzo di contrasto è indispensabile avvertire preventivamente (al momento della prenotazione) di importanti allergie note, condizioni asmatiche. Per ottenere la migliore qualità delle immagini e non compromettere il risultato diagnostico, durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità e rispettare le indicazioni del TSRM.
Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

Presidio Ospedaliero Ospedali Riuniti Padova Sud Unità Operativa RADIOLOGIA Direttore dott. Mansi Montenegro Giuseppe
Indirizzo Via Albere, 30 - Monselice (Pd) T. (+39) 0429 715622 T. (+39) 0429 715627 Email radiologia.mons@aulss6.veneto.it
Sede Legale via E. degli Scrovegni, 14 – 35131 Padova www.aulss6.veneto.it protocollo.aulss6@pec.veneto.pd.it C.F. e P.I. IT 00349050286

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA TC

Dichiarante
Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

residente in _____ Via _____

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore……..……...……..……

(2) in qualità di tutore del paziente……..…..……...

Informato/a dal Prof./Dott. _____

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire: TC con mezzo di contrasto □ TC senza mezzo di contrasto □

Reso/a consapevole:

- che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita come da nota informativa.

Presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto
Dichiaro che sono stato chiaramente e compiutamente informato in merito alla necessità di procedere all'esame e delle eventuali indagini alternative ed i rischi connessi alla mancata esecuzione dell'indagine proposta e non eseguita per mia revoca

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

□ **accetto l'indagine proposta** □ **rifiuto l'indagine proposta**

Medico radiologo _____

Eventuale interprete _____

Data _____ Firma del paziente _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

□ **SI** □ **NO**

Data _____ Firma del paziente _____

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere le note informative allegate e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.
Data _____ Firma del Paziente _____

Ha la possibilità di identificare un familiare di riferimento o una persona di fiducia da lei incaricati come destinatari delle informazioni nel caso in cui lei non voglia in tutto o in parte riceverle:…….

REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto ……. .in data……..

DICHIARO di voler revocare il consenso precedentemente fornito

Firma del paziente o del legale rappresentante ……..

Firma di eventuale Testimone…….

Il trattamento di dati personali avviene per le finalità e con le modalità descritte nell'informativa ex art. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 pubblicata nel sito aziendale.

Queste informazioni sono tratte dalla SIRM (società Italiana di Radiologia Medica) www.sirm.org nella sezione dei documenti di riferimento.

Presidio Ospedaliero Ospedali Riuniti Padova Sud Unità Operativa RADIOLOGIA Direttore dott. Mansi Montenegro Giuseppe
Indirizzo Via Albere, 30 - Monselice (Pd) T. (+39) 0429 715622 T. (+39) 0429 715627 Email radiologia.mons@aulss6.veneto.it
Sede Legale via E. degli Scrovegni, 14 – 35131 Padova www.aulss6.veneto.it protocollo.aulss6@pec.veneto.pd.it C.F. e P.I. IT 00349050286

Struttura complessa di Radiologia	Mod. RD 01.20.01
MODULO DI RICHIESTA ESAMI CON MEZZO DI CONTRASTO	Revisionato e approvato in data ottobre 2020
Da compilare a cura del medico curante e del paziente	Pagina 1 di 2

DATI DEL PAZIENTE (eventuale etichetta)
IN STAMPATELLO

Cognome e nome _____
Data di nascita _____
Telefono _____
Provenienza ☐ Int. U.O._____
☐ Esterno_____
☐ Altra ULSS_____

TIPO DI ESAME RICHIESTO

☐ TAC con mdc iodato

☐ RM con mdc paramagnetico

☐ Altro _____

Peso_____ **Altezza**_____

Specificare settore anatomico_____

Quesito Clinico_____

A CURA DEL CURANTE

eGFR/CREATININEMIA (entro 3 mesi per pazienti esterni salvo eventi intercorrenti; entro 7 giorni se pazienti ricoverati)_____
N.B. In caso di Ecografia con mdc (CEUS) il valore di non è necessario

Il/La Paziente presenta:
1) **Precedenti reazioni alla medesima classe di mdc da impiegare** ☐ NO // ☐ SI // ☐ NON NOTA // ENTITÀ LIEVE ☐ MODERATA ☐ SEVERA ☐
(si intende reazione moderata se ha richiesto un trattamento farmacologico, e severa se in seguito alla quale il paziente è stato ricoverato)

2) **Asma bronchiale o orticaria/angioedema non controllati da terapia farmacologica** ☐ NO // ☐ SI

3) **Pregressa anafilassi idiopatica (causa scatenante non riconoscibile)** ☐ NO // ☐ SI

4) **Mastocitosi** ☐ NO // ☐ SI 5) **Insufficienza renale** ☐ NO // ☐ SI acuta o cronica

6) **Trattamento in atto con uno dei farmaci sottoelencati** ☐ NO // ☐ SI (INDICARE): b-bloccanti// interleukina 2 // trattamento chemioterapico // FANS *(uso cronico)* // Aminoglicosidi //

7) **Trattamento in atto con Metformina** ☐ NO // ☐ SI in caso di eGFR < 30 ml/min/1.73m2 (*IRC IV-V stadio), sospendere la METFORMINA PRIMA DELL'ESAME e ripristinarla 48 h dopo, previo controllo del eGFR.)*

8) **Tireotossicosi** ☐ NO // ☐ SI 9) **Scompenso cardiaco** ☐ NO // ☐ SI

Data _____ **Firma del Medico curante (con timbro)** _____

PRE-IDRATAZIONE (SOLO PER MDC IODATI): SOLO in caso di insufficienza renale con eGFR < 45 ml/min/1.73m² in caso di iniezione endovenosa del mdc, è necessario effettuare una pre-idratazione secondo il seguente schema:

- ***pazienti ricoverati:*** *somministrazione in Reparto per via endovenosa di bicarbonato di sodio (154 mEq/l in glucosata al 5%), 3 ml/kg/h per 1 ora prima della somministrazione del mezzo di contrasto e 1 ml/kg/h per 6 ore dopo.*
- ***pazienti ambulatoriali:*** Eseguiranno la pre-idratazione secondo le modalità previste, ed indicate, dalle varie unità operative

Presentarsi a digiuno da almeno 4 ore (con l'esclusione dei farmaci abitualmente assunti che possono essere ingeriti e di acqua).

Presidio Ospedaliero Ospedali Riuniti Padova Sud Unità Operativa RADIOLOGIA Direttore dott. Mansi Montenegro Giuseppe
Indirizzo Via Albere, 30 - Monselice (Pd) T. (+39) 0429 715622 T. (+39) 0429 715627 Email radiologia.mons@aulss6.veneto.it
Sede Legale via E. degli Scrovegni, 14 – 35131 Padova www.aulss6.veneto.it protocollo.aulss6@pec.veneto.pd.it C.F. e P.I. IT 00349050286

PREMEDICAZIONE AL MEZZO DI CONTRASTO IODATO/PARAMAGNETICO*
È indicata una premedicazione nei seguenti casi:

- pregressa reazione allergica o simil-allergica a seguito di un'indagine con la medesima classe di MdC da impiegare (per es., a base di gadolinio o di iodio);
- presenza di asma bronchiale o orticaria-angioedema non controllati dalla terapia farmacologica;
- mastocitosi;
- pregressa anafilassi idiopatica (ovvero storia di episodio/i di anafilassi in cui non è riconoscibile la causa scatenante).

Per tali pazienti si consiglia premedicazione con il seguente schema:

Prednisolone 50 mg per os o Metilprednisolone 32 mg per os
13, 7 e 1 ore prima dell'esame
+
antistaminico (per es cetirizina 10 mg o clorfenamina 10 mg) 1 ora prima dell'esame.

Efficacia della premedicazione
In assenza di studi clinici prospettici randomizzati controllati, in pazienti adulti e pediatrici ad alto rischio per reazioni allergiche da mezzi di contrasto, la questione dell'efficacia della premedicazione con l'associazione di un glucocorticoide e un antistaminico resta controversa.

CONSENSO

Io sottoscritto dichiaro di essere stato adeguatamente informato relativamente a:

☐ possibilità che l'uso del mezzo di contrasto possa causare eventi avversi non prevedibili ☐ **NO** ☐ **SI**

Donne in età fertile: dichiaro di **NON** essere in stato di **gravidanza**
Data ultima mestruazione: _____

Accetto di sottopormi all'esame proposto (specificare)**:** _____ ☐ **NO** ☐ **SI**

Dichiaro di aver assunto la terapia indicata come premedicazione al mezzo di contrasto ☐ **NO** ☐ **SI**

Data …./…./…. Firma del paziente (*) _____

(*) Firma dell'esercente/i la potestà genitoriale in caso di minore.
(*) Firma del curatore o tutore o amministratore di sostegno in caso di incapacità.
*Documento di Consenso SIRM-SIAAIC, *Gestione dei Pazienti a Rischio di Reazione Avversa a Mezzo di Contrasto*, in http://www.sirm.org/documenti_sirm, 12-13 aprile 2018.

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame, verificato quanto sopra indicato, tenuto conto delle caratteristiche fisiche del paziente e del quesito clinico **prescrive e autorizza** l'esecuzione dell'esame con mezzo di contrasto:

Data …./…./…. Firma del Medico Radiologo _____

Il trattamento di dati personali avviene per le finalità e con le modalità descritte nell'informativa ex art. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 pubblicata nel sito aziendale