

| | |
|---|--|
| Struttura complessa di Radiologia | Mod. RD 03.20.01 |
| INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) | Revisionato e approvato in data ottobre 2020 |
| | Pagina 1 di 2 |

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 strutture 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 rischio 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 creatinemia 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.

PREPARAZIONE 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.

Da stampare fronte/retro

pagina 1/2

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

Dichiarante

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

residente in _____ Via _____

Presidio Ospedaliero Camposampiero Unità Operativa RADIOLOGIA Direttore dott. Alberto Stellato

Indirizzo Via Pietro Cosma T. (+39) 0499324943. Fax (+39) 0499324917 Email :segreteria.radiologia.csp@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 03.20.01 |
| INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) | Revisionato e approvato in data ottobre 2020 |
| | Pagina 2 di 2 |

(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.

Preso 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.