



POLIAMBULATORI SAN GAETANO

MEDICINA SPECIALISTICA, ESTETICA, DIAGNOSTICA, FISIOTERAPIA

Direttore Sanitario Dr. Zancan Renzo

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome (paziente) _____

Data di nascita _____ Peso (kg) _____ Sesso Maschio Femmina

Esame Richiesto _____

Quesito Clinico _____

EVENTUALI FARMACI NEFROTOSSICI ASSUNTI/MALATTIE NOTE: barrare se presenti

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Assunzione di Farmaci Nefrotossici, se SI specificare: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> fans<input type="checkbox"/> ace inibitori-sartani<input type="checkbox"/> ace inibitori-sartani<input type="checkbox"/> diuretici dell'ansa aminoglicosid<input type="checkbox"/> antivirali<input type="checkbox"/> antifungini<input type="checkbox"/> METFORMINA (sospendere 48 ore prima dell'esame in tutti i pazienti e avvisare il medico radiologo) | <input type="checkbox"/> Nefropatia o Insufficienza Renale |
| | <input type="checkbox"/> Asma |
| | <input type="checkbox"/> Mieloma Multiplo |
| | <input type="checkbox"/> Allergopatia trattata farmacologicamente |

PRECEDENTI SOMMINISTRAZIONI DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO: SI NO

PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE A MEZZI DI CONTRASTO IODATO: SI* NO

PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE A FARMACI: SI* NO

*se SI, specificare a quali farmaci _____

Creatininemia (mg/dl) _____ **GFR** (stimato con formula CKD-EPI) _____ Data _____
oppure Clearance della Creatinina _____ (non anteriore 90gg)

- a) **GFR > 45** si può eseguire l'esame
- b) **GFR tra 30 e 45** consultare medico radiologo della struttura sanitaria in cui si eseguirà l'esame
- c) **GFR < 30** l'esame verrà eseguito dopo consulenza nefrologica

PER LA DONNA: stato di gravidanza presunta o accertata SI NO

Data _____

Timbro e Firma per esteso del Medico Curante o Specialista

**Nel caso in cui l'indagine richiesta preveda l'utilizzo di mezzo di contrasto
È NECESSARIO ESSERE A DIGIUNO DA ALMENO 6 ORE, ad esclusione dell'acqua e dei farmaci abitualmente assunti**



POLIAMBULATORI SAN GAETANO

MEDICINA SPECIALISTICA, ESTETICA, DIAGNOSTICA, FISIOTERAPIA

Direttore Sanitario Dr. Zancan Renzo

DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

MODALITA': Il/la paziente è posto sdraiato, sul tavolo radiologico o sul lettino della TAC. Viene posizionata l'ago cannula attraverso la quale, per via endovenosa, per infusione o tramite iniettore automatico, viene somministrato un **mezzo di contrasto iodato non ionico**: la quantità di m.d.c. varia in rapporto alla metodica, al quesito diagnostico ed al distretto corporeo da esaminare. In seguito vengono acquisite le immagini.

TEMPI: l'indagine ha generalmente una durata complessiva di 20 minuti circa.

DOPO L'ESAME: il paziente, qualora sia ritenuto necessario, sarà tenuto in osservazione in sala d'attesa per circa 30 minuti dopo l'esecuzione dell'indagine. Non sono previste controindicazioni alla ripresa delle ordinarie attività. Si consiglia inoltre una buona idratazione nelle 24 ore successive all'esame.

EVENTI AVVERSI: dopo l'iniezione di m.d.c. si avverte una transitoria sensazione di calore diffusa. E' possibile che durante e dopo la somministrazione di m.d.c. iodato si verifichino effetti indesiderati legati a **reazioni allergiche** che possono essere immediate o ritardate. In rapporto al grado di severità le reazioni possono essere **lievi** (nausea, vomito, dolore nella sede dell'iniezione), **moderate** (dispnea, ipotensione, tachicardia) o eccezionalmente **a rischio per la vita** (gravi aritmie, broncospasmo severo, arresto cardio-respiratorio, insufficienza renale acuta), **reazioni ritardate** (da 1 ora dall'iniezione fino ad 7 giorni) che consistono più frequentemente in eruzioni cutanee, sindrome simil influenzale, disturbi gastro-intestinali. Nel caso in cui si manifestino reazioni allergiche ritardate è consigliato recarsi in Pronto Soccorso. Durante l'infusione in bolo del m.d.c. vi è la possibilità che, per cause anatomiche o fragilità della vena, si possa verificare la rottura del vaso con conseguente stravasamento del m.d.c.; in questo caso la tumefazione sarà trattata con pomate sintomatiche ed impacchi caldo-umidi eventualmente da proseguire a domicilio.

SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto Sig. _____ ho preso visione delle informazioni relative alla procedura radiologica proposta ed ho ricevuto in proposito risposte chiare ed esaurienti ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come in molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi o eventi avversi, che nel mio caso specifico mi sono stati adeguatamente illustrati. Mi è stato comunicato che sono state comunque predisposte tutte le idonee misure e precauzioni per prevenire e/o fronteggiare ogni eventuale complicanza.

Pertanto dichiaro di:

- Acconsentire** allo svolgimento dell'indagine: **con Mdc** **senza Mdc**
 Non acconsentire allo svolgimento dell'indagine

Data _____

Firma ✓ _____

del paziente o genitore o tutore legale o amministratore di sostegno (nei casi previsti)

- Revocare** il consenso alla precitata procedura in data _____ consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Data _____

Firma del paziente o genitore o tutore legale o amministratore di sostegno (nei casi previsti)

PARTE RISERVATA AL MEDICO RADIOLOGO

CONSULTO CON ANESTESISTA SI NO

ACCETTAZIONE DELL'ESAME SI NO _____

(Se NO specificare il motivo)

SOSTITUZIONE ESAME PROPOSTO CON _____

Firma del Medico Radiologo