

 <p>Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano</p>	<p>S.C.D.U. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA Regione Gonzole, 10 – 10043 Orbassano (TO) Dirigente F.F.: Prof. Andrea VELTRI Tel. 011-902.6401 - Fax 011-902.6303 E-mail: radiologia@sanluigi.piemonte.it</p>	 <p>REGIONE PIEMONTE</p>
---	---	---

CONSENSO INFORMATO PER LA SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO (TC)

(Data ultima revisione: 15/07/2012)

Gentile Signore/a,

Lei dovrà sottoporsi ad un'indagine radiologica per la quale è prevista la **somministrazione in vena** di una sostanza chiamata "**mezzo di contrasto**"; per tale motivo La preghiamo di voler leggere con attenzione questo modulo nel quale vengono fornite le informazioni circa le modalità di esecuzione dell'esame, affinché Lei sia in grado di manifestare, mediante **firma apposta in calce al documento**, il suo **consenso informato** al Medico che richiede l'indagine (Curante o Radiologo).

Qualora non tutte le informazioni risultassero chiare o esaurienti potrà chiedere ulteriori delucidazioni al Suo Medico Curante o al Medico Radiologo, prima dell'esecuzione dell'indagine.

COME SI SVOLGE L'INDAGINE?

Questo esame viene effettuato utilizzando **raggi X**, ma per ottenere tutte le informazioni utili alla diagnosi, nel suo caso, è estremamente utile somministrare i **mezzi di contrasto (m.d.c.)**, che contengono iodio e permettono di riconoscere con maggiore chiarezza sia strutture normali (vasi arteriosi e venosi, vie escretrici urinarie) sia eventuali processi patologici.

ATTENZIONE

La somministrazione endovenosa di m.d.c., così come di qualsiasi farmaco, presenta dei rischi che Lei deve preventivamente conoscere:

TOSSICITÀ GENERALE: i m.d.c. possono interferire con la funzionalità del fegato, dell'apparato cardiovascolare e soprattutto dei reni; reali problemi possono insorgere solo se questi organi sono già malati. Le chiediamo pertanto di comunicarlo prima dell'esame e di portare con sé la relativa documentazione medica e i risultati delle analisi precedentemente eseguite; il Medico Radiologo li valuterà prima di eseguire l'indagine.

REAZIONI AVVERSE: sono legate ad un'intolleranza individuale alla sostanza iniettata e sono del tutto imprevedibili. Vengono classificate come:

- lievi: nausea, vomito, prurito;
- moderate: vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo;
- severe: shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-circolatorio.

Le prime non sono rare e vengono risolte con semplici provvedimenti terapeutici. Le forme severe sono del tutto eccezionali (1 caso ogni 150-200 mila esami); in questo Ospedale sono disponibili tutti gli strumenti per affrontarle in modo tempestivo. Le forme lievi e moderate possono presentarsi anche tardivamente (6-48 ore): in tale evenienza si consiglia di rivolgersi al proprio Medico Curante o di contattare il servizio di Radiologia presso cui è stato eseguito l'esame.

La **somministrazione di m.d.c. è indispensabile** per numerose tipologie d'indagine (angio-TC del cranio, del torace e dell'addome, studio TC delle lesioni epatiche, uro-TC, ecc...), mentre per altre può risultare utile, ma non indispensabile. A volte l'uso del m.d.c. potrà essere deciso dal Medico Radiologo in corso d'esame.

Nel caso Lei NON acconsenta alla somministrazione del m.d.c., il Medico Radiologo, che è tenuto per legge a verificare l'appropriatezza degli esami che comportano l'irradiazione del Paziente, si riserva la decisione sull'utilità o meno di eseguire l'esame senza m.d.c., in base al particolare quesito clinico, fornendoLe le opportune delucidazioni.

ATTENZIONE: La preghiamo quindi di voler **segnalare:**

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| a) comprovata allergia ai mezzi di contrasto organo-iodati | sì | no |
| b) comprovata allergia ad altre sostanze (.....) | sì | no |
| c) forme di grave insufficienza epatica, renale, cardiovascolare | sì | no |
| d) diabete grave o associato a nefropatia (malattia dei reni) | sì | no |
| e) stato di gravidanza (possibile o accertata) | sì | no |

Nel caso in cui dovesse rispondere “sì”, soprattutto ai punti a), b) ed e), si prega di contattare, anche telefonicamente, il Servizio di Radiologia presso cui eseguirà l’esame, almeno un giorno prima della data prevista per l’esame, onde poter mettere in atto adeguati provvedimenti.

Le procedure in oggetto comportano, inoltre, l’impiego di Raggi X, con rischi particolari nel caso di **donne in età fertile nel sospetto di gravidanza**, in quanto potrebbero provocare danni nel nascituro. Con la firma del presente modulo Lei dichiara di non essere in gravidanza.

CONSENSO

Io sottoscritto/a..... nato/a a il.....
(*genitore o tutore legale di

sono stato informato dal Dott. in data.....

che è stata posta l’indicazione all’esecuzione di una **TC CON MEZZO DI CONTRASTO**.

A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni verbali e come da documentazione sopra riportata inerenti i benefici attesi dall’esame, le possibili complicanze ragionevolmente prevedibili, le alternative (dove ci siano) ed il diritto di rifiutare o sospendere in qualsiasi momento il trattamento e le conseguenze derivanti dalla scelta e quindi, **in piena coscienza, acconsento** all’esecuzione della prestazione sopra indicata.

Data.....

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale*)

Timbro e firma del Medico che richiede l’esame.....

Timbro e firma del Medico Radiologo/in formazione specialistica

Per i Pazienti allergici RICOVERATI che hanno eseguito la premedicazione

I Io sottoscritto/a, Medico Curante del/della Sig./Sig.ra.....
N dichiaro di aver effettuato la premedicazione secondo lo schema in mio possesso.
T
E
R
N
I

Timbro e firma del Medico che richiede l’esame.....

Per i Pazienti allergici NON RICOVERATI che hanno eseguito la premedicazione

E Io sottoscritto/a..... dichiaro di aver effettuato la
S premedicazione secondo lo schema che mi è stato fornito.
T
E
R
N
I

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale*).....

Timbro e firma del Medico Radiologo/in formazione specialistica.....

REVOCA CONSENSO

Io sottoscritto/a..... a partire dalle ore
del giorno **revoco il consenso** alla precitata procedura, consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale*)

Timbro e firma del Medico Radiologo/in formazione specialistica