

## RICHIESTA PER ESAMI RADIOLOGICI CON MEZZO DI CONTRASTO IODATO

( ai sensi della circolare Ministero della Sanità del 17-09-1997)

Cognome ..... Nome .....

Nato a ..... Il ...../...../.....

Residente in ..... Via ..... Tel. ....

Esame richiesto .....

Indicazione .....

Gentile Collega,  
al fine di individuare condizioni cliniche che controindichino l'uso del mezzo di contrasto iodato o ne accrescano il rischio allergico, in accordo con le indicazioni della circolare del Ministero della Sanità del 17-09-97 per procedere all'esame Le chiediamo, nell'interesse del Suo assistito, di fornirci le seguenti informazioni clinico-anamnestiche (barrare le caselle che interessano):

Allergia comprovata a sostanze iodate	SI	NO	Diabete	SI	NO
Allergie a farmaci o altre sostanze	SI	NO	Paraproteinemie	SI	NO
Asma bronchiale	SI	NO	Trattamento in atto con beta bloccanti	SI	NO
Grave insufficienza renale	SI	NO	Trattamento in atto con biguanidi	SI	NO
Grave insufficienza epatica	SI	NO	Trattamento in atto con interleukina 2	SI	NO
Grave insufficienza cardiovascolare	SI	NO	Abuso di alcool e/droghe	SI	NO

Eventuali ulteriori informazioni .....

Il Medico Richiedente (timbro e firma)

Recapito Telefonico

### CONSENSO INFORMATO ALLA ESECUZIONE DI ESAMI DIAGNOSTICI CON MEZZO DI CONTRASTO IODATO

Dichiaro di aver ricevuto esaurienti informazioni circa:

- la procedura proposta e le modalità di esecuzione
- le sue finalità cliniche
- i vantaggi ed i rischi ad essa connessi, con particolare riguardo al rischio di reazioni allergiche al contrasto iodato
- i limiti dell'indagine e le possibili alternative diagnostiche

Acconsento pertanto a sottopormi all'esame accettando i rischi ad esso connessi ed

#### AUTORIZZO

i MEDICI RADIOLOGI a sottopormi al suddetto esame e ad intervenire, qualora necessario, per risolvere eventuali complicanze insorte acutamente durante lo svolgimento dello stesso. Inoltre, avendo letto le note esplicative sull'uso dei contrasti iodati e sui rischi ad esso connessi riportate sul retro del modulo

ACCETTO

NON ACCETTO L'USO DEL MEZZO DI CONTRASTO IODATO

Data ...../...../.....

(firma del paziente o eventuale tutore)

**NOTE INFORMATIVE  
PER IL PAZIENTE SULL'USO DI MEZZI DI CONTRASTO ORGANOIODATI**

L'esame diagnostico o la procedura terapeutica proposta è ritenuta dal suo medico curante utile per meglio conoscere e trattare i suoi problemi medici. Essa prevede l'uso di mezzo di contrasto organiodati idrosolubile. A seconda dei casi, esso può essere iniettato in una vena (angiografia digitalizzata per via venosa, TC, flebografia, urografia, ecc..), in una arteria (arteriografia tradizionale e digitalizzata) o in altre cavità corporee (per esempio cavità ascessuali, vie biliari ecc..).

Sebbene sia un composto sicuro, come molti altri farmaci esistono potenziali effetti collaterali.

Gli esami di laboratorio preliminari da noi richiesti dimostrano che Lei non è portatore di alterazioni in grado di aumentare il rischio di questi effetti collaterali che tuttavia sono sempre possibili.

Per sua maggiore tranquillità, deve sapere che il personale medico ed infermieristico dispone delle conoscenze, dei farmaci e delle attrezzature idonee al trattamento delle emergenze derivanti dall'uso di questi mezzi di contrasto e che il Medico Anestesista Rianimatore è prontamente reperibile all'interno dell'Ospedale in caso di necessità e viene allertato prima dell'inizio dell'indagine.

**I tipi di reazioni che si possono avere sono:**

1. Reazioni minori, come nausea ed eritemi cutanei (arrossamenti della pelle accompagnati da prurito), che non richiedono alcun trattamento. Avvengono in 1 caso su 20 ovvero nel 5% dei casi.
2. Reazioni serie: questi effetti collaterali del mezzo di contrasto iodato richiedono un trattamento medico e possono occasionalmente, arrecare danni all'organismo. Queste reazioni includono dispnea (sensazione di mancanza d'aria) aritmie cardiache (irregolarità del battito cardiaco), convulsioni, insufficienza renale o perdita di coscienza. L'incidenza di reazioni serie è di circa 1 caso su 1000 (0.1%).
3. Morte: raramente, come altri farmaci, i mezzi di contrasto organiodati possono causare la morte. La possibilità di morire per l'iniezione di mezzo di contrasto organiodato è di 1 caso su 100.000 (0.001%).

**Nel caso vengano usati, come nel nostro reparto, mezzi di contrasto organo iodati idrosolubili NON IONICI la frequenza delle suddette reazioni si riduce in modo significativo (oltre il 50%).**

**Se necessita di ulteriori spiegazioni può rivolgersi al personale del reparto o al radiologo responsabile.**

Firma del Paziente o eventuale Tutore

Data ...../...../.....

.....

## Al Medico Richiedente

### ESAMI PRELIMINARI E MODALITA' DI ESECUZIONE TC CON MEZZO DI CONTRASTO

Per sottoporsi a Tc con mezzo di contrasto (m.d.c.) è indispensabile eseguire i seguenti esami preliminari:

a) Creatininemia b) Elettrocardiogramma (ECG)

Tali esami sono validi se eseguiti nei 30 giorni precedenti l'esame TC.

**IMPORTANTE:** Qualora la clearance stimata della creatinina (EGFR con metodo MDRD) sia inferiore a 30ml/minuto, l'esame con m.d.c. non è indicato per l'elevato rischio di peggiorare la funzionalità renale, con conseguente danno renale da m.d.c. (CIN).

Per valori di EGFR compresi tra 30 e 60 ml/minuto l'esame con mezzo di contrasto, qualora indicato, può essere effettuato previa adeguata preparazione, di seguito riportata:

- la sera prima della procedura: Citrato di sodio (Citrosodina bustine) 3 bustine in 500 cc di acqua;
- il mattino dell'esame: Citrato di sodio (Citrosodina bustine) 3 bustine in 500 cc di acqua;
- dopo la procedura: 2 Lt di acqua nelle 24 ore successive.

**Al momento della prenotazione** La preghiamo di comunicarci eventuali patologie acute/croniche, fenomeni allergici e/o asma bronchiale, problemi al midollo osseo (es: anemia falciforme, mieloma multiplo e macroglobulinemia di Waldenstrom), feocromocitoma, eventuale esame programmato della tiroide con iodio, terapia con interleukina.

**ATTENZIONE:** Qualora Lei fosse in terapia con METFORMINA dovrà sospenderla 48 h prima dell'esecuzione dell'esame e riprenderla almeno dopo 48 h, previa consultazione del suo medico curante.

#### Il giorno dell'esame dovrà:

- **Recarsi all'ora indicata con digiuno di 6 ore (può assumere acqua liberamente);**
- Portare gli esami preliminari richiesti;
- Portare in visione eventuali esami precedenti inerenti alla TAC da eseguire (Ecografie, Risonanza Magnetica, TAC, Radiografie, cartella clinica);
- Portare il modulo "Consenso Informato" debitamente compilato e firmato dal medico prescrittore;
- Portare una bottiglia da 1,5 Lt di acqua (non gassata, non effervescente). Sarà il personale medico a dirLe quando cominciare a bere.

L'esecuzione dell'esame avverrà circa 1 ora dopo l'orario indicato sulla prenotazione per permettere lo svolgimento di procedure amministrative.

Dopo l'esame dovrà rimanere in osservazione presso il nostro reparto per almeno 30 minuti. Non è consigliabile guidare veicoli e utilizzare macchinari per un'ora dopo l'iniezione del mezzo di contrasto.