
DIGIUNO DA 6 ORE **ARRIVARE IN CASA DI CURA 30 MINUTI PRIMA**

Informativa per esami Radiologici con mezzo di contrasto organo-iodato (Urografia, TAC con mezzo di contrasto)

Per l'esecuzione di un esame radiologico che preveda l'utilizzo del mezzo di contrasto (mdc) **è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore**, con l'esclusione dei farmaci abitualmente assunti che possono essere ingeriti con qualche sorso d'acqua.

Dopo l'iniezione per via endovena del mdc si avverte una transitoria sensazione di calore diffusa. E' possibile che durante la somministrazione di mdc 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 di iniezione), moderate (dispnea, ipotensione, tachicardia) o eccezionalmente a rischio per la vita (gravi aritmie, broncospasmo severo, arresto cardiorespiratorio, insufficienza renale acuta).

Le reazioni ritardate (da 1 ora dall'inizio fino a 7 gg) possono consistere in eruzioni cutanee, sindrome similinfluenzale, disturbi gastrointestinali). Nel caso in cui si manifestino reazioni allergiche ritardate è consigliato recarsi in Pronto Soccorso.

Nel caso di pazienti allergici Si consiglia di effettuare la terapia desensibilizzante prima dell'esecuzione dell'esame con contrasto.

Durante l'infusione a bolo del mezzo di contrasto vi è la possibilità che, per cause anatomiche o fragilità della vena, si possa verificare la rottura del vaso con conseguente stravasamento del mdc: in questo caso la tumefazione viene trattata con pomate sintomatiche e impacchi caldo-umidi, eventualmente da proseguire a domicilio.

SEZIONE RISERVATA AL MEDICO RICHIEDENTE L'INDAGINE
(Medico di Base, Medico Specialista ovvero Medico di Reparto qualora si tratti di paziente ricoverato)

Sig./ra _____ Nato/a il _____

Indagine Richiesta: _____

Quesito Clinico: _____

L'esame clinico-anamnestico

NON DIMOSTRA

DIMOSTRA

l'esistenza delle seguenti controindicazioni alla somministrazione e.v. di m.d.c. iodato

mieloma Multiplo

paraproteinemia di Waldenstrom

insufficienza renale grave

insufficienza epatica grave

ipertiroidismo

grave insufficienza cardiocircolatoria

stato di gravidanza

NON DIMOSTRA

DIMOSTRA

la presenza di patologie o reazioni allergiche, in particolare:

asma bronchiale

precedenti reazioni anafilattiche

reazioni allergiche alle betalattamine

Allergie alimentari

Dermatiti allergiche da contatto

*In tale evenienza si consiglia di effettuare la seguente **terapia desensibilizzante***

	Sera precedente	Mattina dell'esame
Cetirizine cpr 10 mg	1 cpr	1 cpr
betametasone sodio fosfato cpr 0,5 mg	2 cpr	2 cpr

Terapia farmacologica in corso (con particolare riguardo agli anti-ipertensivi):

E' consigliabile l'astensione dalla somministrazione di principi attivi della classe dei biguanidi e dei benzodiazepinici nelle 48 ore precedenti e successive alla somministrazione di mezzo di contrasto iodato

Data _____ ora _____

Timbro e firma del Medico Richiedente l'indagine _____

**Dichiarazione di Avvenuta Informazione ed
Espressione del Consenso/Dissenso
alla Procedura Diagnostica o Terapeutica**

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

Diagnosi clinica
.....

Procedura diagnostico/terapeutica proposta
.....

FASE INFORMATIVA

Io sottoscritto/a
.....

dichiaro di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sulla procedura proposta dal Dott.

In particolare mi sono state fornite esaurienti e comprensibili informazioni riguardo:

- Tipo di procedura e benefici attesi
- Possibili inconvenienti e complicanze, loro probabilità di verificarsi e di essere risolti da ulteriori trattamenti
- Tipo di anestesia che potrà essere praticata
- Possibili alternative alla procedura proposta
- Possibili conseguenze della mancata esecuzione della procedura
- Altro.....

Data e ora

Firma del Paziente Firma del Medico

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto/a
.....

Rilascio il mio pieno consenso alla procedura di
.....

proposta dal Dott
.....

Data e ora Firma

Autorizzo i Sanitari curanti, ove durante l'esecuzione della procedura evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere secondo scienza e coscienza alla loro cura anche modificando il programma diagnostico o terapeutico preventivamente concordato.

Data e ora Firma

Autorizzo che Le informazioni cliniche riguardanti la Mia persona possano essere comunicate anche alle seguenti persone:

.....
Autorizzo l'invio del Referto Istologico al mio domicilio tramite il Servizio Postale

Data e ora Firma

Firma e timbro del Medico che ha acquisito il Consenso

DICHIARAZIONE DI DISSENSO

Io sottoscritto/a
.....

Non Acconsento a sottopormi alla procedura proposta

Data e ora Firma

Non Autorizzo i Sanitari curanti, ove durante l'esecuzione della procedura evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate a modificare il programma diagnostico o terapeutico preventivamente concordato.

Data e ora Firma

Non autorizzo che le informazioni cliniche riguardanti la Mia persona vengano comunicate ad altre persone

Data e ora Firma
