Casa di Cura Privata "Città di Rovigo"	**Modulo per la richiesta di indagini radiologiche con MEZZO DI CONTRASTO ORGANOIODATO per via iniettiva (TC)** (Nota Min.San.17/09/97)	Cod. MOD 1- PS04/RX Rev.0 Data 22/09/2026 Pagina di 1/2

Per il/la Sig./ra _____data di nascita_____

propongo l'indagine _____

per la seguente motivazione clinica/sospetto diagnostico _____

_____

La valutazione clinico-anamnestica per il/la Sig./ra risulta:

☐ **NEGATIVA** per comprovato rischio allergico a contrasti iodati o altre sostanze, gravi forme di insufficienza epatica, renale o cardiovascolare, paraproteinemia di Waldestrom.
Non esistono pertanto controindicazioni all'uso di contrasto organoiodati per via iniettiva.

☐ **POSITIVA** per

[ ] comprovato rischio allergico a mezzi di contrasto od altre sostanze

[ ] insufficienza epatica grave

[ ] insufficienza renale grave **Valore recente di Creatinina _____ eGFR _____**

[ ] insufficienza cardiovascolare grave

[ ] paraproteinemia di Waldestrom

[ ] **GRAVIDANZA/ALLATTAMENTO**

Si prega di allegare esami di laboratorio e referti diagnostici che definiscono il grado delle condizioni patologiche. Il/la paziente attualmente è in terapia con i seguenti farmaci:

[ ] Biguanidi

[ ] Interleukina 2

[ ] Assume Metformina (sospende la terapia 48 ore prima e dopo l'esame)

ATTENZIONE: qualora nella storia clinica del paziente risultassero episodi di tipo allergico importante, quali reazioni anafilattiche, asma bronchiale scatenato da farmaci/pollini/erbe/polveri, dermatiti da contatto, orticaria, allergie alimentari e reazione a farmaci, il Medico richiedente l'indagine deve necessariamente attuare una terapia preventiva di tipo desensibilizzante (nei tre giorni prima dell'esame) seguendo il seguente schema (o a giudizio del Medico Curante):

- **Bilastina (Robilas) cpr20 mg: 1cpr la sera precedente + 1 cpr il mattino dell'esame**
- **Betametasone (Bentelan) cpr 0,5 mg : 2-4 cpr la sera precedente + 2-4 cpr il mattino dell'esame**
- **Pantoprazolo 20mg: 1 cpr la sera precedente + 1 cpr il mattino dell'esame**

☐ è stata effettuata la premedicazione per rischio allergico secondo lo schema di cui sopra

NOTE IMPORTANTI: **Digiuno da almeno 6 ore.** Il digiuno non comporta la sospensione di eventuali terapie in corso ed è consentita l'assunzione con acqua.

- **PORTARE GLI ESAMI RADIOGRAFICI PRECEDENTI.**
- **PORTARE CON SÉ UNA BOTTIGLIETTA DI ACQUA DA 500 ml**

Data_____ Il Medico richiedente_____

N.B. il modulo deve essere compilato in tutte le sue parti

INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALL'UTILIZZO DI MEZZO DI CONTRASTO ORGANOIODATO

Gentile paziente, l'esame radiologico proposto dal suo medico richiede l'iniezione endovenosa di un farmaco, chiamato mezzo di contrasto, indispensabile per chiarire la sua situazione clinica.
I mezzi di contrasto organoiodati rendono visibili organi o alterazioni strutturali altrimenti non analizzabili.
Tali mezzi di contrasto sono utilizzati da decenni nella diagnostica radiologica; quelli oggigiorno in uso sono generalmente ben tollerati e quasi del tutto privi di effetti collaterali.
Nonostante l'elevato grado di sicurezza, i mezzi di contrasto non sono tuttavia esenti da reazioni avverse che sono distinte in:

- tossicità d'organo (renale, cardiovascolare, metaboliche) in caso di alterazioni preesistenti.
- reazioni imprevedibili (di tipo immuno-allergico) suddivise in:

  - **reazioni lievi**: 5% (sapore metallico in bocca, sensazione di calore, nausea e vomito, sudorazione, formicolio alle labbra, sensazione di testa leggera, dolore nella sede dell'iniezione, orticaria, emicrania);
  - **reazioni moderate**: 0,022% (persistenza ed aumento d'intensità dei sintomi minori, dispnea, ipotensione, dolore toracico);
  - **reazioni severe**: 0,0025% (tosse, starnuti, broncospasmo, ansia, diarrea, parestesie, edema al volto, alle mani ed in altri siti corporei, dispnea, cianosi, edema della glottide, ipotensione marcata, bradicardia, shock, edema polmonare, aritmie, midriasi, convulsioni, paralisi, coma, morte);
  - **reazioni tardive**: (1ora, alcuni giorni): 0,5 - 2% (eruzioni cutanee, sindrome simil-influenzale, disturbi gastrointestinali, dolori agli arti, possibile effetto di fotosensibilizzazione).

Per tale motivo, anche se a bassa incidenza di reazioni avverse, l'uso di mezzi di contrasto per via iniettiva giustifica alcune precauzioni e cautele nel loro impiego.

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE

Io sottoscritto/a _____ nato/a il_____

DICHIARO

di essere stato informato in modo esauriente e comprensibile sull'indicazione clinica dell'esame, sulle sue finalità e modalità di esecuzione. Dichiaro inoltre di essere stato informato degli effetti collaterali e secondari che possono derivare dall'uso del mezzo di contrasto per via iniettiva e di aver ricevuto esauriente risposta ai quesiti eventualmente posti al medico radiologo.

☐ **ACCETTO** di sottopormi all'indagine proposta

☐ **RIFIUTO** di sottopormi all'indagine proposta

firma del PAZIENTE/TUTORE

_____

firma del MEDICO RADIOLOGO

_____

Data _____