

Documento per l'identificazione dell'idoneità del paziente alla somministrazione di mezzi di contrasto iodati (TC) e paramagnetici (RM) e suo consenso informato

(Circolare del Ministero della Sanità del 17/09/1997)

Il seguente modulo è suddiviso in tre parti. Si prega di leggerlo attentamente e di far compilare al medico curante/richiedente la **PARTE I** e compilare **LA PARTE II**. Il modulo deve essere consegnato al personale della Radiologia il giorno dell'esecuzione dell'esame. Per eventuali chiarimenti in merito si prega di contattare la Caposala del servizio al numero 02/6621.4004.

COGNOME E NOME _____ DATA DI NASCITA _____

IMPORTANTE:

- **Presentarsi a digiuno da tre ore**
- **Portare gli esami precedenti**
- **Portare un esame ematico della creatinina o eGFR.**

Per i pazienti nefropatici, l'esame ha una validità massima di SETTE GIORNI.

Per tutti gli altri pazienti, l'esame ha una validità massima di TRE MESI.

In caso di eGFR < 30 ml/min/1.73 m², il paziente è invitato a presentarsi in reparto alle ore 7.40 per gli esami programmati al mattino ed alle ore 12 per gli esami programmati al pomeriggio, indipendentemente dall'orario della prenotazione

PARTE I - RISERVATA AL MEDICO CURANTE/RICHIEDENTE

ESAME RICHIESTO

.....

QUESITO CLINICO

.....

VALUTAZIONE CLINICO-ANAMNESTICA (barrare il quadratino corrispondente)

- Anamnesi allergica SI NO

(in caso sia positiva valutare l'opportunità di una premedicazione con cortisonici ed antistaminici secondo il nostro protocollo, sotto riportato).

Allergie note:

Protocollo di premedicazione per pazienti allergici al mezzo di contrasto iodato o paramagnetico e per pazienti poliallergici

In previsione di esami con mezzo di contrasto iodato per via endovenosa in noti pazienti allergici è consigliato il seguente protocollo di premedicazione, salvo controindicazioni alla somministrazione di cortisonici:

- DELTACORTENE 25 mg: 2 cp 24 ore prima dell'esame, 2 cp 12 ore prima dell'esame e 2 cp 1 ora prima dell'esame
- TRIMETON soluzione intramuscolare 1 ora prima dell'esame.

Questo protocollo:

- è consigliabile in pazienti con diatesi allergica (pollini, ecc.);
- va necessariamente applicato in tutti i casi in cui il paziente abbia manifestato una pregressa reazione allergica di grado lieve e moderato.

Documento per l'identificazione dell'idoneità del paziente alla somministrazione di mezzi di contrasto iodati (TC) e paramagnetici (RM) e suo consenso informato

(Circolare del Ministero della Sanità del 17/09/1997)

COGNOME E NOME _____ DATA DI NASCITA _____

Insufficienza renale nota	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Insufficienza epatica grave	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Insufficienza cardio-vascolare grave	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diabete	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Trattamento in atto con farmaci	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Se sì, specificare quali:

.....

Pazienti che assumono metformina e devono eseguire TC con mezzo di contrasto

La metformina va sospesa il giorno dell'esame se eGFR < 30 ml/min/1.73 m² e ripresa dopo 48 ore previa valutazione della funzionalità renale.

Gravidanza e allattamento

La gravidanza è una controindicazione generale all'uso delle radiazioni ionizzanti ed una condizione limitante in risonanza magnetica, ma non esiste una controindicazione all'utilizzo di mezzo di contrasto. In caso di utilizzo di mezzo di contrasto iodato, è necessario controllare la funzionalità tiroidea del neonato entro una settimana dalla nascita. Non sono previste particolari precauzioni per le donne in allattamento.

Valori di eGFR

Mezzo di contrasto iodato

- Se eGFR < 30 ml/min/1.73 m², deve essere eseguita l'idratazione con soluzione fisiologica 0.9 % 1 ml/kg/ora per 3-4 ore prima e 4-6 ore dopo la somministrazione e la sospensione per almeno 24 ore di farmaci nefrotossici (furosemide e mannitolo).
- Nei pazienti con insufficienza renale cronica di classe III e IV (eGFR < 15 ml/min/1.73 m²) e con scompenso cardiaco congestizio grave (classe NYHA 3-4), l'idratazione deve essere eseguita previa valutazione specialistica. Nei pazienti dializzati è d'obbligo una seduta di dialisi dopo la somministrazione del mezzo di contrasto a base di Gadolinio.

Mezzo di contrasto a base di Gadolinio

Se eGFR < 30 ml/min/1.73 m², l'utilizzo di questo mezzo di contrasto è controindicato.

Timbro e firma del Medico curante/richiedente

Data _____

Operatore che ha raccolto l'anamnesi e il consenso informato: _____

Documento per l'identificazione dell'idoneità del paziente alla somministrazione di mezzi di contrasto iodati (TC) e paramagnetici (RM) e suo consenso informato

(Circolare del Ministero della Sanità del 17/09/1997)

COGNOME E NOME _____ DATA DI NASCITA _____

PARTE II - RISERVATA AL PAZIENTE

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 iodati/paramagnetici rendono visibili organi o alterazioni strutturali altrimenti non analizzabili. Nonostante l'elevato grado di sicurezza, i mezzi di contrasto non sono tuttavia esenti da reazioni avverse che sono distinte in:

Mezzi di contrasto iodati:

- tossicità d'organo (renale, cardiovascolare, metaboliche) in caso di alterazioni pre-esistenti.
- 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 gravi: 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).

Mezzi di contrasto paramagnetici:

- tossicità d'organo (essenzialmente renale)
- reazioni imprevedibili (di tipo immuno-allergico) suddivise in:
 - reazioni lievi (nausea)
 - reazioni moderate (vomito profuso, orticaria, edema faciale, broncospasmo)
 - reazioni severe (shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardiorespiratorio)

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.

Ha mai eseguito in precedenza esami richiedenti la somministrazione di mezzo di contrasto iodato e/o paramagnetico?

SI NO

Se sì, in tali occasioni ha avuto disturbi particolari?

SI NO

Se sì, specificare quali:

episodi di nausea e vomito

SI NO

eruzioni cutanee e pomfi

SI NO

spasmo ed edema della glottide

SI NO

altro:

COGNOME E NOME _____

DATA DI NASCITA _____

Documento per l'identificazione dell'idoneità del paziente alla somministrazione di mezzi di contrasto iodati (TC) e paramagnetici (RM) e suo consenso informato

(Circolare del Ministero della Sanità del 17/09/1997)

Il suo peso corporeo in Kg è

Ha già eseguito in precedenza esami radiologici (RX, Ecografia, TC e RM) inerenti e non al quesito clinico?

Se sì, li ha portati in visione?

SI NO

Assume alcool o droghe?

SI NO

E' in stato di gravidanza?

SI NO

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a _____
dichiaro di essere stato adeguatamente informato sui benefici e rischi dell'iniezione di mezzo di contrasto per via endovenosa e pertanto

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

di sottopormi all'esecuzione dell'esame con mezzo di contrasto.

Se soggetto allergico, dichiaro di

AVER ESEGUITO NON AVER ESEGUITO

la specifica preparazione necessaria sopraindicata.

FIRMA DEL PAZIENTE

.....

PARTE III - Riservata al Personale della Radiologia

Preso visione del consenso informato controfirmato dal paziente, si procede all'esecuzione dell'esame richiesto con mezzo di contrasto.

Quantità totale (in ml) _____

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

Timbro e firma del Medico Radiologo

**Etichette identificative del mezzo di
contrasto utilizzato**

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

Firma IP.....

Operatore esecutore di eventuale iniezione intramuscolare di TRIMETON in soggetto allergico:

Firma IP.....