



**Documento per l'identificazione dell'idoneità del paziente alla somministrazione di MdC organo 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 compilare le parti in stampatello maiuscolo. Per una migliore collaborazione si prega altresì di porre particolare attenzione alle parti scritte in grassetto o sottolineate.

Il modulo deve essere consegnato al Medico Radiologo il giorno dell'esecuzione dell'esame.

Per eventuali chiarimenti in merito si prega di contattare la Caposala del servizio al numero 02 6621-4044 oppure 02 6621-4727.

COGNOME .....

NOME .....

DATA DI NASCITA ...../...../.....

**Presentarsi a digiuno da 3 ore.**

**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)

Segnalare le eventuali allergie note

.....

**Protocollo di premedicazione per pazienti allergici  
al Mezzo di Contrasto organo-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 MdC organo iodati (TC) e paramagnetici (RM) e suo Consenso Informato.**

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

COGNOME .....

NOME .....

DATA DI NASCITA ...../...../.....

**Insufficienza renale**

SI  NO

N.B.: in pz nefropatici è richiesta l'idratazione con soluzione fisiologica 1ml/kg/h 12 h prima e 12 h dopo la somministrazione del Mezzo di Contrasto e la sospensione per almeno 24 h di farmaci nefrotossici (furosemide e mannitolo). Nell'insufficienza renale cronica, oltre all'idratazione, è consigliabile somministrare N-acetilcisteina (Fluimucil) 600 mg x 2/die, 2 gg prima e 1 gg dopo la somministrazione del Mezzo di Contrasto. Nei pz dializzati è d'obbligo una seduta di dialisi dopo la somministrazione del Mezzo di Contrasto.

**Insufficienza epatica grave**

SI  NO

**Insufficienza cardio-vascolare grave**

SI  NO

**Diabete**

SI  NO

**Trattamento in atto con farmaci**

SI  NO

Se sì, specificare quali: .....

N.B.: i biguanidi e gli ipoglicemizzanti orali richiedono una sospensione 48 h prima e la ripresa immediatamente dopo l'esecuzione dell'esame. I neurolettici e gli antidepressivi devono essere sospesi 48 h prima e ripresi 24 h dopo l'indagine.

Note informative per gravidanza e allattamento:

- **gravidanza:** è una controindicazione generale all'uso delle radiazioni ionizzanti. Non esiste una controindicazione all'uso di Mezzo di Contrasto.
- **allattamento:** si consiglia la sospensione prudenziale per le 24 h successive alla somministrazione di Mezzo di Contrasto.

ESAMI LABORATORISTICI NECESSARI:

**Creatinina**

**Coagulazione (solo per esami angiografici)**

Gli esami ematochimici preliminari devono avere validità massima 30 giorni al giorno di esecuzione dell'esame e quindi della somministrazione di Mezzo di Contrasto.



**Documento per l'identificazione dell'idoneità del paziente alla somministrazione di Mdc organo iodati (TC) e paramagnetici (RM) e suo Consenso Informato.**  
(Circolare del Ministero della Sanità del 17/09/1997)

COGNOME ..... NOME .....

DATA DI NASCITA ...../...../.....

**Preparazione per esame radiologico con Mezzo di Contrasto organo-iodato o paramagnetico**

PROTOCOLLO DI PREPARAZIONE per TC\*

CREATININEMIA < 1,6 mg/dl	Nessuna preparazione
CREATININEMIA > 1,6 mg/dl	<b>Calcolo della Clearance</b> 1. > 60 ml/min: Idratazione per os (2 litri nelle 24 ore successive all'esame) o ev (500 ml di soluzione fisiologica) 2. < 60 ml/min e > 30 ml/min: Idratazione per os (2 litri nelle 24 ore successive all'esame) o ev (500 ml di soluzione fisiologica) Acetilcisteina (Fluimucil cp effervescenti da 600 mg) 1 cp 24 ore e 12 ore prima dell'esame e 1 cp 12 ore e 24 ore dopo l'esame 3. < 30 ml/min: L'esame è controindicato
CREATININEMIA > 2 mg/dl	4. Necessaria valutazione nefrologica

PROTOCOLLO DI PREPARAZIONE per RM°

CREATININEMIA < 1,6 mg/dl	Nessuna preparazione
CREATININEMIA < 1,6 mg/dl	<b>Calcolo della Clearance</b> 1. > 60 ml/min: nessuna preparazione 2. < 60 ml/min e > 30 ml/min: utilizzare Dotarem 3. < 30 ml/min: L'esame è controindicato
CREATININEMIA > 2 mg/dl	L'esame è controindicato

Timbro e firma del Medico curante/richiedente

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



**Documento per l'identificazione dell'idoneità del paziente alla somministrazione di Mdc organo iodati (TC) e paramagnetici (RM) e suo Consenso Informato.**

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

COGNOME .....

NOME .....

DATA DI NASCITA ...../...../.....

**PARTE II**

***Riservata al Paziente*** (barrare il quadratino corrispondente)

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

**Mezzo di Contrasto organoiodati:**

- 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).

**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 organoiodato 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:** .....



**Documento per l'identificazione dell'idoneità del paziente alla somministrazione di MdC organo iodati (TC) e paramagnetici (RM) e suo Consenso Informato.**  
(Circolare del Ministero della Sanità del 17/09/1997)

COGNOME ..... NOME .....

DATA DI NASCITA .... / .... / .....

**Soffre di allergie?** SI  NO

Se sì, specificare a cosa: .....  
.....

**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, è pregato di portarli in visione. SI  NO

**Assume alcool o droghe?** SI  NO

**E' in stato di gravidanza?** SI  NO

**PROMEMORIA PER IL GIORNO DELL'ESAME**

- digiuno da 3 ore
- portare in visione al Medico Radiologo gli esami ematochimici richiesti; in assenza di tali esami il Medico Radiologo non potrà effettuare l'esame.
- portare in visione al Medico Radiologo i precedenti esami radiologici (RX, Ecografia, TC e RM).

**IO SOTTOSCRITTO/A** .....

**ACCONSENTO** DI SOTTOPORMI ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO

**NON ACCONSENTO** DI SOTTOPORMI ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO

FIRMA DEL PAZIENTE

**PARTE III**

**Riservata al Medico Radiologo**

Preso visione del consenso informato controfirmato dal medico curante/richiedente e 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 .....