



## **CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)**

(Disposizioni SIRM 2015)

Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

### **CHE COS'E'**

La TC è una tecnica diagnostica che utilizza radiazioni ionizzanti e fornisce, rispetto alla radiologia tradizionale, un miglior dettaglio morfologico di tutte le strutture anatomiche. Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso per il possibile rischio di danni al feto.

### **A COSA SERVE**

È un'indagine di approfondimento diagnostico che sulla base d'indicazione clinica consente di studiare problematiche traumatologiche, oncologiche, infiammatorie e, più in generale, situazioni di urgenza-emergenza di tutti i distretti corporei.

### **COME SI EFFETTUA**

Il paziente viene posizionato su un lettino che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (gantry) al cui interno si trovano la fonte di raggi X ed i dispositivi di rilevazione. I dati di rilevazione ottenuti vengono rielaborati da un computer che li trasforma in immagini del distretto esaminato. Esiste la possibilità di ottenere anche ricostruzioni anatomiche nei tre piani dello spazio. A discrezione del Medico Radiologo e in relazione al tipo di patologia da studiare, può essere necessario somministrare un mezzo di contrasto per via endovenosa che migliora il potere diagnostico della metodica.

### **COSA PUÒ SUCCEDERE- EVENTUALI COMPLICANZE**

Una **funzionalità renale compromessa** è il principale limite all'uso del **mezzo di contrasto organo-iodato**. Per tale motivo a testimonianza di una funzionalità renale non compromessa **può essere richiesto** un valore della **creatinemia recente**.

I mezzi di contrasto iodati attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, ma occasionalmente possono dare le seguenti reazioni:

- **MINORI** come vampate di calore, starnuti, nausea, vomito, orticaria circoscritta, sintomi che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono spontaneamente.
- **MEDIE O SEVERE** come orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari o perdita di coscienza, shock anafilattico, edema della glottide, richiedono di solito terapia medica o l'intervento del rianimatore. In casi del tutto eccezionali, come avviene con molti altri farmaci, i mezzi di contrasto possono causare decesso.

I medici ed il personale della radiologia sono addestrati per curare nel miglior modo possibile queste reazioni nel caso si verificassero. Esiste la possibilità di reazioni ritardate (entro una settimana), generalmente cutanee lievi, che si risolvono per lo più senza terapia. È altresì possibile la comparsa di altri effetti collaterali, più rari, generalmente di lieve-media entità e l'aumento di probabilità di comparsa degli effetti collaterali segnalati, per patologie concomitanti e l'esecuzione di altri trattamenti (farmacologici, chemioterapici, ecc). *L'artro-TC, generalmente, non comporta significativi effetti collaterali di tipo sistemico.*

### **PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI**

Per l'esecuzione di un esame **che preveda l'utilizzo del mezzo di contrasto** è necessario essere a **digiuno** da solidi e liquidi da almeno 6 ore (si possono assumere solo piccole quantità di acqua per l'eventuale terapia farmacologica di routine, secondo l'indicazione del proprio medico di base) e si deve bere almeno mezzo litro di acqua prima delle 6 ore di digiuno; i farmaci a base di Metformina dovranno essere sospesi nelle 48 ore precedenti e nelle 48 ore successive l'esame, previo accordo con il diabetologo curante. I pazienti che effettuano un esame TAC con somministrazione di mezzo di contrasto devono eseguire preliminarmente il dosaggio della **CREATININA ed eGFR del sangue** non anteriore a 3 mesi rispetto la data d'esecuzione esame per poterne valutare la funzionalità renale ed escludere una eventuale condizione di insufficienza renale (I.R.).

In caso di esecuzione di esami con mezzo di contrasto è indispensabile avvertire preventivamente (al momento della prenotazione) di importanti allergie note, condizioni asmatiche. Per ottenere la migliore qualità delle immagini e non compromettere il risultato diagnostico, **durante tutto l'esame** è necessario mantenere il massimo grado di **immobilità, respirando regolarmente**.

**Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.**

### **POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?**

**Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame;** alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.



**NOMINATIVO** \_\_\_\_\_

**DATA DI NASCITA** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**DATA ESAME** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DA COMPILARE A MANO IN MANCANZA DI ETICHETTA ADESIVA

## ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO TC SENZA E CON MDC

Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_ ) Residente a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_ )

**Nel caso di pazienti minori, il consenso è validamente espresso dai seguenti soggetti:**

**I genitore:** sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

nell'esercizio della potestà genitoriale nei confronti del figlio minore (allegata dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Il genitore:** sig.ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

nell'esercizio della potestà genitoriale nei confronti del figlio minore (allegata dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Nel caso di pazienti con tutore/curatore/amministratore di sostegno**

sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in qualità di

tutore/curatore/amministratore di sostegno (munito di relativo decreto Giudice Tutelare, in copia) di \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Informato/a dal Dott.** \_\_\_\_\_

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Tomografia computerizzata senza e con mezzo di contrasto

**Reso/a consapevole:**

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

**Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto**

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

- ACCETTO l'indagine proposta** (autorizzando l'eventuale somministrazione di mezzo di contrasto).
- RIFIUTO l'indagine proposta** (revocando il consenso ad eseguire l'esame diagnostico).
- RIFIUTO il mezzo di contrasto** (dichiarando di essere stato adeguatamente informato sulle finalità e modalità dell'esecuzione dell'esame diagnostico proposto, nonché del rischio a cui mi espongo, tuttavia decido di effettuare solo l'indagine senza la somministrazione di mezzo di contrasto).

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame TC \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Firma del paziente (\*)** \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**(\*) In caso di paziente minorenni :**

Firma I genitore \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma II genitore \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**(\*\*) In caso paziente con tutore/curatore/amministratore di sostegno:**

Firma tutore/curatore/amministratore \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Consenso TC senza e con MDC**

**Istituto Clinico Beato Matteo**



**REVOCA DEL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME**

*(da compilare nel caso il paziente intenda revocare il consenso precedentemente sottoscritto)*

Il Sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_ ) Residente \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_ )

**Nel caso di pazienti minori, il consenso è validamente espresso dai seguenti soggetti:**

**I genitore:** sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
nell'esercizio della potestà genitoriale nei confronti del figlio minore (allegata dichiarazione sostitutiva dell'atto di  
notorietà) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Il genitore:** sig.ra \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
nell'esercizio della potestà genitoriale nei confronti del figlio minore (allegata dichiarazione sostitutiva dell'atto di  
notorietà) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Nel caso di pazienti con tutore/curatore/amministratore di sostegno**

sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in qualità di tutore/curatore/amministratore di sostegno (munito di relativo decreto Giudice Tutelare, in copia) di  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

di volere REVOCARE il consenso all'esecuzione dell'esame TC senza e con mezzo di contrasto

Firma del paziente (\*) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**(\*) In caso di paziente minorenni:**

Firma I genitore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma II genitore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**(\*\*) In caso paziente con tutore/curatore/amministratore di sostegno:**

Firma tutore/curatore/amministratore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame**

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_