

Luogo:....., data:.....

## TAC CON MEZZO DI CONTRASTO

### Sintesi clinico-anamnestica

#### Al Medico curante:

Caro Collega, in conformità a: Nota del Ministero della sanità del 17/07/1997 sull'utilizzazione del mezzo di contrasto, documento di consenso SIBioC-SIRM (biochimica clinica, 2014, vol.38, n.2), Deliberazione n° X/2313 – 01.08.2014 – Regione Lombardia - Mezzi di contrasto iodati, linee guida ESUR 2016 (<http://www.esur.org/guidelines/it/index.php#a-2.3.1> Mezzi di contrasto iodati), al fine dell'esecuzione della TAC mdc è necessario conoscere le condizioni clinico-anamnestiche del Sig./Sig.ra

Cognome e Nome:.....

Diagnosi o sospetto clinico:.....

## ANAMNESI

- **Pregresse reazioni avverse moderate o severe ai mezzi di contrasto iodati**.....  NO  SI → mdc controindicato
- **Ipertiroidismo conclamato**.....  NO  SI → mdc controindicato
- **Asma instabile e atopia in trattamento medico**..  NO  SI → premedicazione  
protocollo indicato : prednisolone 30 mg (o metilprednisolone 32 mg) per os 1 cp 12 ore prima ed 1 cp 2 ore prima dell'esame.
- **Scompenso cardiaco**.....  NO  SI
- **Diabete mellito**.....  NO  SI
- **Storia di patologia renale**.....  NO  SI
- **Il paziente attualmente in trattamento con uno dei seguenti farmaci**
  - Interleuchina 2 .....  NO  SI
  - FANS .....  NO  SI
  - Aminoglicosidi .....  NO  SI
  - β –bloccanti.....  NO  SI
  - Metformina** .....  NO  SI → con eGFR minore di 30 ml/min/1.73 m2 mdc controindicato  
→ con eGFR tra 30 e 44 ml/min/1.73 m2 sospendere metformina 48 ore prima e dopo TAC

**Creatininemia più recente:** valore.....data.....(massimo 30 giorni)

**Il Medico curante  
Timbro e firma**

Il giorno dell'esame presentarsi **ALLO SPORTELLO DELLA RADIOLOGIA**

con questo foglio, con la tessera sanitaria, con la richiesta del medico curante, con un documento di identità, con gli esami precedenti, con i soldi per il ticket (contanti / bancomat / carta di credito)

**30 minuti prima dell'appuntamento  
a digiuno da 8 ore**

# TAC mdc - SINTESI INFORMATIVA

## 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.

## COSA PUO' SUCCEDERE - EVENTUALI COMPLICANZE

Una funzionalità renale compromessa è il principale limite all'uso del mezzo di contrasto organo-iodato.

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, che 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. E' 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).

Dichiarante Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di esercente la potestà sul minore.....

in qualità di tutore del paziente.....

Informato sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Tomografia Computerizzata (TAC) e 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:

**rifiuto** l'indagine proposta

**accetto** l'indagine proposta

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Medico radiologo \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**     **SI**     **NO**

Donne in allattamento: interruzione dell'allattamento al seno e scarto del latte per 24 ore.

Data \_\_\_\_\_

Firma della paziente \_\_\_\_\_

## 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. Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_