

**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)



CLINICA SAN MARTINO

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.

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

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

Presentarsi a digiuno da 3 ore

**PARTE 1**

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 progressiva reazione allergica di grado lieve e moderato.

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 in pazienti con eGFR > 30 mL/min/1.73m<sup>2</sup> non devono essere sospesi né per la somministrazione di MDC organo-iodato (TC) né per la somministrazione di MDC paramagnetico (RM).

Note informative per gravidanza e allattamento:

- gravidanza: 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.

# 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)



CLINICA SAN MARTINO

## ESAMI LABORATORISTICI NECESSARI:

Creatinina

Coagulazione (solo per esami angiografici)

Gli **esami ematochimici devono avere validità massima 90 giorni al giorno** di esecuzione dell'esame e quindi della somministrazione di Mezzo di Contrasto.

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

Calcolo della Clearance

> 60 ml/min: Idratazione per os (2 litri nelle 24 ore successive all'esame) o ev (500 ml di soluzione fisiologica)

< 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

<30 ml/min: l'esame è controindicato

CREATININEMIA > 2 mg/dl

Esame controindicato e necessaria valutazione nefrologica.

## PROTOCOLLO DI PREPARAZIONE per RM

CREATININEMIA < 1,6 mg/dl

Nessuna preparazione

CREATININEMIA > 1,6 mg/dl

Calcolo della Clearance

> 60 ml/min: nessuna preparazione

< 60 ml/min e > 30 ml/min.: utilizzare Dotarem

<30 ml/min: l'esame è controindicato

CREATININEMIA > 2 mg/dl

Esame controindicato e necessaria valutazione nefrologica.

Timbro e firma del Medico curante/richiedente

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 organoiodati/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 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 (1 ora, 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: o reazioni lievi (nausea)
- reazioni moderate (vomito profuso, orticaria, edema facciale, broncospasmo)

**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)



CLINICA SAN MARTINO

- 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 organo iodato e/o paramagnetico? Se sì, in tali occasioni ha avuto disturbi particolari?**

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:

**Soffre di allergie?**

- SÌ
- NO

Se sì, specificare a cosa:

Suo peso corporeo in Kg \_\_\_\_\_

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.

- SÌ
- NO

Assume alcool o droghe?

- SÌ
- NO

È in stato di gravidanza?

- SÌ
- 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

SOTTO IO SOTTOSCRITTO **DICHIARAZIONE DI REVOCABILITÀ CONSENSO DATO**

Confermo che durante il colloquio sono stato/a adeguatamente informato/a della possibilità, in qualsiasi momento, di revocare il presente consenso informato.

Firma del Paziente

\_\_\_\_\_

Firma dei Genitori, Tutore, Amm. di Sostegno, Altro

\_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Etichette identificative del Mezzo di Contrasto utilizzato

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

Timbro e firma del Medico Radiologo

\_\_\_\_\_