

**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 Sanita 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 progressa 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 si, specificare

quali: _____

N.B.: i biguanidi e gli ipoglicemizzanti orali in pazienti con eGFR > 30 mL/min/1.73m² 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
