

Per il/la Sig./ra _____ data di nascita _____

propongo l'indagine _____

per la seguente motivazione clinica/sospetto diagnostico _____

La valutazione clinico-anamnestica per il/la Sig./ra risulta

NEGATIVA per comprovato rischio allergico a contrasti iodati o altre sostanze, gravi forme di insufficienza epatica, renale o cardiovascolare, paraproteinemia di Waldestrom.

Non esistono pertanto controindicazioni all'uso di contrasto organiodati e paramagnetici per via iniettiva.

POSITIVA per

- comprovato rischio allergico a mezzi di contrasto od altre sostanze
- insufficienza epatica grave
- insufficienza renale grave **Valore di Creatinina recente**
- insufficienza cardiovascolare grave
- paraproteinemia di Waldestrom
- gravidanza/allattamento

Si prega di allegare esami di laboratorio e referti diagnostici che definiscono il grado delle condizioni patologiche. Il/la paziente attualmente è in terapia con i seguenti farmaci:

- Biguanidi
- Interleukina 2
- Assume Metformina (sospende la terapia 48 ore prima e dopo l' esame)

ATTENZIONE: qualora nella storia clinica del paziente risultassero episodi di tipo allergico importante, quali reazioni anafilattiche, asma bronchiale scatenato da farmaci/pollini/erbe/polveri, dermatiti da contatto, orticaria, allergie alimentari e reazione a farmaci, il Medico richiedente l'indagine deve necessariamente attuare una terapia preventiva di tipo desensibilizzante che prevede, prima dell'esame:

Cetirizina (Cerchio) cpr10 mg: 1cpr la sera precedente + 1 cpr il mattino dell'esame
Betametasona (Bentelan) cpr 0,5 mg : 2-4 cpr la sera precedente + 2-4 cpr il mattino dell'esame
Ranitidina (Ranidil) cpr 150mg: 1 cpr la sera precedente + 1 cpr il mattino dell'esame

è stata effettuata la premedicazione per rischio allergico secondo lo schema di cui sopra

NOTA IMPORTANTE: Portare gli esami radiografici precedenti.

Digiuno da almeno 6 ore. Il digiuno non comporta la sospensione di eventuali terapie in corso ed è consentita l'assunzione con acqua.

Data _____

Il Medico richiedente _____

N.B. il modulo deve essere compilato in tutte le sue parti

Informativa e consenso informato all'utilizzo di mezzo di contrasto organoiodato (tac) e paramagnetico (risonanza magnetica).

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.

I mezzi di contrasto organoiodati/paramagnetici sono utilizzati da molti decenni nella diagnostica radiologica; quelli oggi in uso sono generalmente ben tollerati e quasi del tutto privi di effetti collaterali. Nonostante l'elevato grado di sicurezza, i mezzi di contrasto non sono tuttavia esenti da reazioni avverse che sono distinte in:

per i mezzi di contrasto organoiodati (tac)

1. tossicità d'organo (renale, cardiovascolare, metaboliche) in caso di alterazioni preesistenti.
2. 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).

per i mezzi di contrasto paramagnetici (risonanza magnetica)

1. tossicità d'organo (essenzialmente renale)
2. reazioni imprevedibili (di tipo immuno-allergico) suddivise in:
 - reazioni lievi (nausea)
 - reazioni moderate (vomito profuso, orticaria, edema facciale, 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.

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE

Io sottoscritto/a _____ **nato/a il** _____

DICHIARO

di essere stato informato in modo esauriente e comprensibile sull'indicazione clinica dell'esame, sulle sue finalità e modalità di esecuzione. Dichiaro inoltre di essere stato informato degli effetti collaterali e secondari che possono derivare dall'uso del mezzo di contrasto per via iniettiva e di aver ricevuto esauriente risposta ai quesiti eventualmente posti al medico radiologo.

ACCETTO di sottopormi all'indagine proposta

RIFIUTO di sottopormi all'indagine proposta

firma del paziente/tutore

firma del medico radiologo

Data _____