

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 organoiodati 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** compresse da 10 mg 1 cp la sera prima dell'esame ed 1 cp la mattina dell'esame.  
**DELTACORTENE** compresse da 25 mg 1 cp la sera prima dell'esame ed 1 cp la mattina dell'esame.  
**OMEPRAZOLO** compresse da 20 mg 1 cp la sera prima dell'esame ed 1 cp la mattina 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 \_\_\_\_\_