

MODULO DI PREPARAZIONE ED ESECUZIONE ESAME TC CON MEZZO DI CONTRASTO IODATO

PARTE 1: RICHIESTA E ANAMNESI

(Da compilare a cura del Medico Curante o Specialista richiedente)

1. DATI DEL PAZIENTE E DELL'ESAME

- **Paziente (Cognome e Nome):** _____
- **Nato/a a:** _____ **Data di nascita: //** _____
- **Esame richiesto: [] TC :** _____
- **Distretto anatomico:** _____
- **Quesito clinico e note anamnestiche:** _____

Si ritiene che l'esame proposto debba essere eseguito in quanto di preminente importanza ai fini della definizione diagnostica.

2. QUESTIONARIO ANAMNESTICO CLINICO

Al fine di procedere all'esame, sulla scorta dei dati in mio possesso, dichiaro che il paziente presenta le seguenti condizioni (barrare **SI** o **NO** per ogni singola voce):

- [] SI [] NO – Comprovato rischio allergico a mezzi di contrasto iodati
- [] SI [] NO – Asma bronchiale o altre allergie gravi (Specificare: _____)
- [] SI [] NO – Insufficienza renale acuta o cronica
- [] SI [] NO – Diabete mellito
- [] SI [] NO – Grave insufficienza epatica
- [] SI [] NO – Insufficienza cardiovascolare grave
- [] SI [] NO – Paraproteinemie (es. Mieloma Multiplo) o Iperitiroidismo
- [] SI [] NO – (Solo per le donne) Stato di gravidanza (certa o presunta) o allattamento in corso

3. TERAPIE FARMACOLOGICHE IN ATTO

Il paziente è attualmente in trattamento con i seguenti farmaci? (Barrare se SI):

[] Biguanidi (es. Metformina) | [] Betabloccanti | [] Interleuchina-2 | [] FANS

4. ESAMI DI LABORATORIO (Obbligatori per la valutazione della funzionalità renale)

- **Data Prelievo: //** _____
- **Creatininemia:** _____ mg/dl

AVVERTENZA IMPORTANTE PER IL MEDICO CURANTE:

Se il paziente è diabetico, in terapia con Biguanidi (Metformina) e presenta **valori alterati della funzionalità renale (eGFR < 30 ml/min)**, la terapia ipoglicemizzante dovrà essere sospesa 48 ore prima dell'esame.

Timbro e Firma del Medico Curante: _____ **Data: //** _____

PARTE 2: INFORMATIVA E PROMEMORIA PER IL PAZIENTE

PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME È STRETTAMENTE NECESSARIO:

- Osservare il **digiuno assoluto** da almeno 6 ore prima dell'esame (è consentito bere acqua in modica quantità e assumere le terapie abituali).
- Portare la **Tessera Sanitaria** e l'**impegnativa** del Medico Curante.
- Portare i **referti degli esami ematochimici** (Creatinina ed eGFR) recenti.
- Portare in visione tutta la **documentazione clinica e radiologica precedente** (Esami TC, RM, RX, Ecografie) relativa al problema in studio.

PARTE 3: CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO

(Da leggere attentamente e firmare a cura del Paziente o di chi ne fa le veci)

Il/La sottoscritto/a, a seguito del colloquio esplicativo con il personale medico durante il quale ha avuto la possibilità di porre domande e di ottenere tutti gli opportuni chiarimenti, **dichiara di essere stato/a informato/a** in modo comprensibile su:

- L'indicazione clinica e le modalità di svolgimento dell'esame.
- Gli effetti collaterali e i potenziali rischi derivanti dalla somministrazione endovenosa del mezzo di contrasto organo-iodato.

È stato in particolare chiarito che le reazioni avverse al mezzo di contrasto sono eventi rari e imprevedibili, e possono classificarsi in:

- **Lievi (più frequenti):** sensazione di calore diffuso, sapore metallico in bocca, nausea, lieve eritema o prurito.
- **Medie (molto rare):** orticaria diffusa, broncospasmo (difficoltà respiratoria), alterazioni della pressione arteriosa (ipo/ipertensione), crisi vagale, vomito.
- **Gravi (eccezionali):** edema della glottide, shock anafilattico, grave crisi cardiocircolatoria.

Tutte queste forme patologiche possono essere trattate farmacologicamente e la struttura è dotata dei presidi necessari per far fronte ad eventuali emergenze.

In base alle informazioni ricevute e comprese, **rilascio il mio libero e consapevole consenso** all'esecuzione dell'indagine richiesta e alla somministrazione del mezzo di contrasto.

Data: // _____ Ora: _____

Firma del Paziente: _____

(O di chi esercita la potestà genitoriale/legale in caso di minori o incapaci)

PARTE 4: NULLAOSTA RADIOLOGICO

(A cura del Medico Radiologo)

Preso atto dei dati clinico-anamnestici riferiti dal Medico Curante, assunti direttamente dal paziente in sede di colloquio e verificati tramite gli esami di laboratorio presentati; valutate le indicazioni cliniche proposte, si autorizza la procedura.

Timbro e Firma del Medico Radiologo: _____