

	SERVIZIO RADIOLOGIA CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DELLA TAC	Mod. 01 PS02/RX
		Rev 03
		Data 29/11/2018
		Pagina di 1/2

INFORMATIVA

CHE COS'E'

La TC è una tecnica diagnostica che utilizza radiazioni ionizzanti e fornisce, rispetto alla radiologia tradizionale, un miglior dettaglio morfologico di tutte le strutture anatomiche. Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso per il possibile rischio di danno al feto (*vedi nota a piè di pagina **).

A COSA SERVE

E' un'indagine di approfondimento diagnostico che, sulla base d'indicazione clinica, consente di studiare problematiche traumatologiche, oncologiche, infiammatorie e, più in generale, situazioni di urgenza emergenza di tutti i distretti corporei.

COME SI EFFETUA

Il paziente viene posizionato su un lettino che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (gantry) al cui interno si trovano la fonte dei raggi X ed i dispositivi di rilevazione. I dati di rilevazione ottenuti vengono rielaborati da un computer che li trasforma in immagini del distretto esaminato. Esiste la possibilità di ottenere anche ricostruzioni anatomiche nei tre piani dello spazio. A discrezione del Medico Radiologo e in relazione al tipo di patologia da studiare, può essere necessario somministrare un mezzo di contrasto (MDC) per via endovenosa che migliora il potere diagnostico della metodica.

Le articolazioni possono essere studiate in alcuni casi con artroTC che prevede l'introduzione intrarticolare di MDC.

COSA PUO' SUCCEDERE EVENTUALI COMPLICANZE NELL'ESECUZIONE DI TC CON MEZZO DI CONTRASTO

Una funzionalità renale compromessa è il principale limite all'uso del MDC organo-iodato. Per tale motivo vien richiesto **un valore della creatininemia recente**.

I mezzi di contrasto iodati attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, ma occasionalmente posso no dare le seguenti reazioni:

REAZIONI MINORI come vampate di calore, starnuti, nausea, vomito, orticaria circoscritta, sintomi che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono spontaneamente.

REAZIONI MEDIE O SEVERE come orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari o perdita di coscienza, shock anafilattico, edema della glottide, richiedono di solito terapia medica o l'intervento del rianimatore.

In casi del tutto eccezionali, come avviene con molti altri farmaci, i MDC possono causare decesso. I medici ed il personale della radiologia sono addestrati per curare nel miglior modo possibile queste reazioni nel caso si verificassero.

Esiste la possibilità di reazioni ritardate (entro una settimana), generalmente cutanee lievi, che si risolvono per lo più senza terapia.

E' altresì possibile la comparsa di altri effetti collaterali, più rari, generalmente di lieve-media entità e l'aumento di probabilità di comparsa degli effetti collaterali segnalati, per patologie concomitanti e per l'esecuzione di altri trattamenti (farmacologici, chemioterapici, ...).

L'artroTC, generalmente, non comporta significativi effetti collaterali di tipo sistemico.

PREPARAZIONE NECESSARIA

Per l'esecuzione di un esame che preveda l'utilizzo del mezzo di contrasto è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore (con l'esclusione dei farmaci abitualmente assunti che possono essere ingeriti o di acqua).

In caso di esecuzione di esami con MDC è indispensabile avvertire preventivamente di allergie note o condizioni asmatiche. Per ottenere la migliore qualità delle immagini e non compromettere il risultato diagnostico, durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente seguendo le indicazioni ricevute dal tecnico di radiologia prima dell'esame.

Preso atto delle informazioni fornite nel Modulo del Consenso il paziente può chiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISENNO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

☐ Diretto interessato all'atto medico

☐ Tutore di _____

☐ Esercente la potestà sul minore _____

informato/a dal Medico Curante Dott. _____ sul tipo di indagine diagnostica da eseguire.

CONSAPEVOLE:

- che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;

- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.

Presa visione delle informazioni relative all'indagine in oggetto (valutate tutte le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti), avendo compreso quanto sopra riportato:

☐ **Acconsento** all'indagine proposta

☐ **Non acconsento** all'indagine proposta

Data ____/____/____

Firma del paziente _____

Confermo di aver spiegato la natura e gli scopi della procedura da eseguire

Data ____/____/____

Firma del medico radiologo _____

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligato/a ad effettuare l'esame; in alternativa il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Tutte le informazioni raccolte, in particolare quelle personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data ____/____/____

Firma del paziente _____

Gent. Signora,

il medico Le ha spiegato che nel Suo caso è consigliata l'effettuazione di un'indagine che comporta l'esposizione a radiazioni ionizzanti (Raggi X).

E' noto che tali radiazioni possono causare alterazioni a carico delle cellule, in particolare di quelle che si trovano in una spiccata attività di riproduzione (come le cellule embrionali e fetali); va però sottolineato che, nella maggior parte dei casi, gli esami radiologici sono effettuabili in condizioni di ragionevole sicurezza anche in presenza di uno stato di gravidanza, in rapporto alla trascurabile quantità di radiazioni, alla lontananza dall'addome della sede anatomica da indagare e all'impiego di apposite protezioni e cautele.

Ad ogni modo è importante che prima dell'indagine Lei segnali uno stato di gravidanza in atto, sospettata o anche solo possibile, affinché il medico che Le ha prescritto l'esame e lo specialista che dovrebbe eseguirlo possano preventivamente valutare assieme a Lei l'entità oggettiva del rischio, la necessità/urgenza di eseguire l'esame e l'eventuale ipotesi di rinvio.

La Sua firma "per presa visione" indica che ha bene compreso tutte le informazioni; Le verrà quindi proposto di sottoscrivere un documento di consenso all'indagine radiologica.

Spazio per etichetta

Io sottoscritta _____ nata a _____ il _____

DICHIARO

**DI ESSERE STATA INFORMATA IN MODO ESAURIENTE E COMPENSIBILE SUI POSSIBILI RISCHI, NEI
RIGUARDI DI UN'EVENTUALE GRAVIDANZA, LEGATI ALL'INDAGINE RADIOLOGICA**

☐ ESCLUDO CON CERTEZZA l'ipotesi di una gravidanza in atto

Pertanto:

☐ **acconsento** all'esame radiologico proposto

Data _____

firma della paziente _____

Il medico radiologo _____

OPPURE:

☐ non sono in grado di escludere una gravidanza in atto

☐ **concordo** con il rinvio dell'esame. Sono stata informata che per un periodo di 10 giorni
dovrò astenermi da rapporti sessuali.

Data _____

firma della paziente _____

Il medico radiologo _____

Al Medico Curante del/la Sig./ra _____

Caro Collega,

in conformità alla Nota del Ministero della Sanità 900.VI/11.AG./642 del 17/09/1997 sull'utilizzazione dei mezzi di contrasto iodati e paramagnetici è necessario conoscere le condizioni clinico-anamnestiche del Suo paziente relativamente all'indagine richiesta:

che comporta l'utilizzo del mezzo di contrasto iodato o paramagnetico.

La valutazione clinico anamnestica risulta negativa per comprovato rischio allergico a mezzi di contrasto iodati, gravi forme di insufficienza epatica, renale o cardiovascolare, paraproteinemia di Waldenstrom o mieloma multiplo. Non esistono controindicazioni all'uso di mdc iodati o paramagnetici per via endovenosa.	La valutazione clinico-anamnestica risulta positiva per: ☐ Comprovato rischio allergico ai mdc iodati ☐ Insufficienza epatica grave ☐ Insufficienza renale grave ☐ Paraproteinemia di Waldenstrom ☐ Mieloma multiplo

In assenza di negatività di tale dichiarazione, per un corretto inquadramento del paziente è indispensabile effettuare i seguenti esami:

1. Elettroforesi sieroproteica con tracciato.
2. Azotemia-creatininemia.
3. Esame urine per valutazione proteinuria quantitativa sulle prime ore del mattino.

Gli esami eseguiti hanno validità di 30 giorni

Nel caso il suo assistito presenti nella storia clinica episodi allergici importanti come reazioni anafilattiche, asma bronchiale scatenata da farmaci, pollini, polveri, dermatiti allergiche da contatto, orticaria, allergie alimentari o farmaci è necessario attuare una terapia preventiva desensibilizzante, al fine di ridurre il rischio a reazioni indesiderate che prevede nei tre giorni precedenti l'esame di antistaminici + cortisonici + antiH2 secondo il seguente schema (o a giudizio del Medico Curante):

1. Clarityn cpr 10 mg: 1 cpr la sera per tre sere + 1 cpr il mattino dell'esame
2. Bentelan cpr 0.5 mg: 2 cpr la sera per tre sere + 2 cpr il mattino dell'esame
3. Gastroprotezione

A giudizio del Medico Radiologo, se necessario, potrebbe essere consigliato il proseguimento dell'assunzione di tali farmaci anche dopo l'esame.

Nota bene: se il paziente è in trattamento con biguanidi, Beta-bloccanti o Interleuchine 2 si rende necessaria la sospensione dell'assunzione di tali farmaci da almeno 48 ore.

Il trattamento può riprendere secondo lo schema consigliato dal Medico Curante a partire dal giorno successivo l'esecuzione dell'esame.

Si raccomanda il digiuno da almeno 6 ore. I farmaci possono essere assunti per via orale con poca acqua.

Si consiglia di bere 1-2 litri di acqua dopo l'esame e bere abbondantemente nei due giorni successivi.

Data _____

Firma del paziente

Il Medico Curante (timbro e firma)
