

## TAC CON MEZZO DI CONTRASTO - UROGRAFIA/ANGIOGRAFIA/CEUS

### Informativa e consenso

Cognome _____	Nome _____
Nato/a a _____	il _____
Residente a _____	Via _____
Medico prescrittore _____	Medico curante _____

**La compilazione del modulo per pazienti in carico alle strutture ospedaliere è a cura del Medico prescrittore.**

#### LEGGERE E COMPILARE CON ESTREMA ATTENZIONE IL MODULO

**Esame richiesto** (riportare quanto specificato nell'impegnativa) \_\_\_\_\_

Per l'Esame di Ecografia con Mezzo di Contrasto (CEUS) non è richiesto alcun esame né alcuna preparazione e non è necessario compilare il questionario sottostante ma va comunque firmato il modulo nel riquadro del consenso.

### QUESTIONARIO di VALUTAZIONE del RISCHIO al MEZZO di CONTRASTO

**Le informazioni acquisite da questo questionario sono fondamentali ai fini di una corretta valutazione del rischio ai Mezzi di Contrasto. In caso di dubbi rivolgersi al proprio Medico curante.**

**Creatinina** (da prelievo eseguito negli ultimi 3 mesi) \_\_\_\_\_ **Valore di eGFR** (Velocità di Filtrazione Glomerulare) (dato disponibile nel referto degli esami di laboratorio) \_\_\_\_\_

In caso di **eGFR <35** contattare quanto prima il reparto di Radiologia di competenza (**Idratazione** a pag. 2)

- 1.** Ha mai presentato reazione avversa alla somministrazione del Mezzo di Contrasto che abbia comportato l'interruzione dell'esame e/o somministrazione di farmaci?  SÌ  NO  
 - molecola responsabile della reazione avversa \_\_\_\_\_

**Se ha risposto SÌ**, telefoni preventivamente in Radiologia di competenza (**Vedi numeri** a pag. 2). Il radiologo valuterà la possibilità di una metodica diagnostica alternativa.

In caso di esame non sostituibile e la molecola responsabile della reazione avversa è conosciuta, il giorno dell'esame verrà utilizzata una molecola differente.

**In ogni caso**, il paziente dovrà effettuare una premedicazione (**Preparazione 1** a pag. 2).

Se la molecola responsabile non è nota, sarà necessario effettuare una visita allergologica (con impegnativa del Medico curante), avente come esito l'indicazione della molecola meno reattiva per l'esame.

- 2.** È affetto/a da una delle seguenti patologie?  
 - mastocitosi sistemica o cutanea (prurito e pomfi, arrossamenti cutanei)  SÌ  NO  
 - anafilassi idiopatica (orticaria, difficoltà respiratorie alte, asma severo o altri sintomi legati all'anafilassi di cui non è riconoscibile la causa scatenante).  SÌ  NO

**Se ha risposto SÌ**, anche ad uno solo dei quesiti del punto 2, prima dell'esame dovrà effettuare una premedicazione (**Preparazione 1** a pag. 2).

Altre allergie (molluschi, crostacei, pesci o altri alimenti, ad altre categorie di farmaci, ipersensibilità a betadine o iodoformio) non sono da considerare un fattore di rischio per la somministrazione del Mezzo di Contrasto.

- 3.** È affetto/a da asma bronchiale, orticaria ricorrente – angioedema non controllati dalla terapia? Nello specifico, nelle ultime 4 settimane:  
 - ha avuto episodi asmatici più di 2 volte/settimana?  SÌ  NO  
 - ogni notte si sveglia per l'asma?  SÌ  NO  
 - ha usato il salbutamolo (Ventolin/Broncovaleas) più di 2 volte/settimana?  SÌ  NO  
 - ha avuto limitazioni delle attività quotidiane a causa dell'asma?  SÌ  NO  
 - ha avuto episodi di orticaria o angioedema non controllabili nonostante il trattamento con antistaminici?  SÌ  NO

**Se ha risposto SÌ**, anche ad uno solo dei quesiti del punto 3, è necessario rivolgersi al proprio medico curante per un aggiustamento della terapia, contattare la Radiologia di competenza per sospendere l'esame e, a paziente stabilizzato, telefonare in Radiologia di competenza per la riprogrammazione dello stesso.

Prima dell'esame sarà necessaria una premedicazione (**Preparazione 2** a pag. 2).

**In tutti i casi in cui via sia urgenza a fare l'esame** verrà effettuata una premedicazione rapida gestita in Radiologia (**Preparazione 3** a pag. 2).

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma paziente/genitore/tutore/AdS \_\_\_\_\_

## PREPARAZIONE all'ESAME con MEZZO di CONTRASTO

**NON MANGIARE 4 ORE PRECEDENTI L'ESAME. NON BERE 1 ORA PRECEDENTE L'ESAME.**

**Presentarsi:** - 30 minuti prima dell'orario fissato per l'esame - 90 minuti prima se il valore **eGFR <35** contattando telefonicamente alcuni giorni prima il reparto di Radiologia di competenza.

**PREPARAZIONI da eseguire a domicilio PRIMA dell'ESAME con MEZZO di CONTRASTO IODATI:**

### 1. Preparazione 1: RIVOLGERSI AL PROPRIO MEDICO CURANTE

- **premedicazione per via orale:** prednisone 50 mg (o metilprednisolone 32 mg), 12 e 2 ore prima dell'esame +antistaminico (es. cetirizina) 1 ora prima dell'esame, **oppure**

- **premedicazione per via intramuscolare:** con metilprednisolone 40 mg, 12 e 2 ore prima dell'esame +clorfenamina 10 mg, 1 ora prima dell'esame, cui aggiungere montelukast 10 mg.

### 2. Preparazione 2: RIVOLGERSI AL PROPRIO MEDICO CURANTE

- **premedicazione per via orale:** prednisone 50 mg (o metilprednisolone 32 mg), 13, 7 e 1 ora prima dell'esame +antistaminico (es. cetirizina), 1 ora prima dell'esame, **oppure**

- **premedicazione per via intramuscolare:** con metilprednisolone 40 mg, 13, 7 e 1 ora prima dell'esame +clorfenamina 10 mg, 1 ora prima dell'esame.

### 3. Preparazione 3 (preparazione eseguita e gestita presso la Struttura Sanitaria):

- **premedicazione rapida per via endovenosa** con bolo di idrocortisone 200 mg + clorfenamina 10 mg subito prima dell'esame, monitorare i parametri vitali durante la procedura e allertare l'anestesista/rianimatore.

### 4. Idratazione:

- **pazienti ricoverati:** somministrazione in reparto per via endovenosa di Na bicarbonato (NaBic) 1,4 % 3 ml/Kg/ora per 1 ora precedente la somministrazione di MdC, o soluzione fisiologica 1 ml/Kg/ora per 3-4 ore prima e 4-6 ore dopo la somministrazione di MdC.

- **pazienti ambulatoriali:** preparazione eseguita in Radiologia. Come per i pazienti ricoverati con Na bicarbonato.

## CONSENSO all'ESECUZIONE dell'INDAGINE di TAC con MdC- UROGRAFIA/ANGIOGRAFIA/CEUS

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

informato/a dal medico Radiologo Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

Reso/a consapevole dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita anche di esposizione da radiazioni a scopo medico, come previsto dall'informativa della Legge 101/20, valutate le informazioni ricevute e i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato in qualità di:  **paziente**  **genitore**  **tutore**  **amministratore di sostegno (AdS)**

**ACCONSENTE**

**NON ACCONSENTE**

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma paziente/genitore/tutore/AdS \_\_\_\_\_

Preso atto delle informazioni fornite dal paziente/genitore/tutore/AdS,

per l'INDAGINE di \_\_\_\_\_ (specificare quale esame) **con MdC:**

**AUTORIZZA**

**NON AUTORIZZA**

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma del **Medico Radiologo** responsabile dell'esame \_\_\_\_\_

## DA COMPILARE IN CASO DI PAZIENTE RICOVERATO/DH, PRE E POST RICOVERO

Notizie cliniche e quesito diagnostico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unità Operativa \_\_\_\_\_

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma del **Medico di reparto** \_\_\_\_\_

### Dipartimento di Radiologia Clinica:

- **Radiologia Treviso** 0422 328290 - **Radiologia Vittorio V.to** 0438 665247  
- **Neuroradiologia Treviso** 0422 322512 - **Radiologia Castelfranco** 0423 732490  
- **Radiologia Oderzo** 0422 715322 - **Radiologia Montebelluna** 0423 611431  
- **Radiologia Conegliano** 0438 663219

### Strutture convenzionate:

- **Radiologia S. Camillo** 0422 428262  
- **Radiologia Monastier** 0422 896710  
- **Radiologia ORAS** 0422 287212  
**Motta di Livenza**