

**TAC CON MEZZO DI CONTRASTO - UROGRAFIA/ANGIOGRAFIA/CEUS****Informativa e consenso**

Cognome ..... Nome .....

Nato/a a ..... il .....

Residente a ..... Via .....

Medicoprescrittore ..... Medicocurante .....

**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 nè 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 causate dall'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

- Neuroradiologia Treviso 0422 322512

- Radiologia Oderzo 0422 715322

- Radiologia Conegliano 0438 663219

- Radiologia Vittorio V.to 0422 665247

- Radiologia Castelfranco 0423 732490

- Radiologia Montebelluna 0423 611431

#### Strutture convenzionate:

- Radiologia S. Camillo 0422 428262

- Radiologia Monastier 0422 896710

- Radiologia ORAS Motta di Livenza 0422 287212