



I.R.C.C.S. ISTITUTO ORTOPEDICO
GALEAZZI

U.O. di Radiologia Diagnostica per Immagini ed Interventistica
Direttore: Prof. Luca Maria Sconfienza

Servizio di Diagnostica per Immagini
Responsabile: Dott. Alberto Zerbi

Documento per l'identificazione dell'idoneità del paziente alla somministrazione di MdC organo iodati (TC) e paramagnetici (RM) e suo Consenso Informato.

(Circolare del Ministero della Sanità del 17/09/1997)

Il seguente modulo è suddiviso in tre parti. Si prega di compilare le parti in stampatello maiuscolo. Per una migliore collaborazione si prega altresì di porre particolare attenzione alle parti scritte in grassetto o sottolineate.

Il modulo deve essere consegnato al Medico Radiologo il giorno dell'esecuzione dell'esame.

Per eventuali chiarimenti in merito si prega di contattare la Caposala del servizio al numero 02 6621-4044 oppure 02 6621-4727.

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA/...../.....

Presentarsi a digiuno da 3 ore.

PARTE I

Riservata al Medico curante/richiedente

ESAME RICHIESTO.....

QUESITO CLINICO.....

VALUTAZIONE CLINICO-ANAMNESTICA (barrare il quadratino corrispondente)

- Anamnesi Allergica SI NO

(in caso sia positiva valutare l'opportunità di una premedicazione con cortisonici ed antistaminici secondo il nostro protocollo, sotto riportato)

Segnalare le eventuali allergie note

.....

**Protocollo di premedicazione per pazienti allergici
al Mezzo di Contrasto organo-iodato o paramagnetico e per pazienti poliallergici**

In previsione di esami con Mezzo di Contrasto iodato per via endovenosa in noti pazienti allergici è consigliato il seguente protocollo di premedicazione, salvo controindicazioni alla somministrazione di cortisonici:

- DELTACORTENE 25 mg: 2 cp 24 ore prima dell'esame, 2 cp 12 ore prima dell'esame e 2 cp 1 ora prima dell'esame
- TRIMETON soluzione intramuscolare 1 ora prima dell'esame.

Questo protocollo:

- è consigliabile in pazienti con diatesi allergica (pollini, ecc.);
- va necessariamente applicato in tutti i casi in cui il paziente abbia manifestato una pregressa reazione allergica di grado lieve e moderato.



Documento per l'identificazione dell'idoneità del paziente alla somministrazione di MdC organo iodati (TC) e paramagnetici (RM) e suo Consenso Informato.

(Circolare del Ministero della Sanità del 17/09/1997)

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA/...../.....

Insufficienza renale

SI NO

N.B.: in pz nefropatici è richiesta l'idratazione con soluzione fisiologica 1ml/kg/h 12 h prima e 12 h dopo la somministrazione del Mezzo di Contrasto e la sospensione per almeno 24 h di farmaci nefrotossici (furosemide e mannitolo). Nell'insufficienza renale cronica, oltre all'idratazione, è consigliabile somministrare N-acetilcisteina (Fluimucil) 600 mg x 2/die, 2 gg prima e 1 gg dopo la somministrazione del Mezzo di Contrasto. Nei pz dializzati è d'obbligo una seduta di dialisi dopo la somministrazione del Mezzo di Contrasto.

Insufficienza epatica grave

SI NO

Insufficienza cardio-vascolare grave

SI NO

Diabete

SI NO

Trattamento in atto con farmaci

SI NO

Se sì, specificare quali:

N.B.: i biguanidi e gli ipoglicemizzanti orali richiedono una sospensione 48 h prima e la ripresa immediatamente dopo l'esecuzione dell'esame. I neurolettici e gli antidepressivi devono essere sospesi 48 h prima e ripresi 24 h dopo l'indagine.

Note informative per gravidanza e allattamento:

- **gravidanza:** è una controindicazione generale all'uso delle radiazioni ionizzanti. Non esiste una controindicazione all'uso di Mezzo di Contrasto.
- **allattamento:** si consiglia la sospensione prudenziale per le 24 h successive alla somministrazione di Mezzo di Contrasto.

ESAMI LABORATORISTICI NECESSARI:

Creatinina

Coagulazione (solo per esami angiografici)

Gli esami ematochimici preliminari **devono avere validità massima 30 giorni** al giorno di esecuzione dell'esame e quindi della somministrazione di Mezzo di Contrasto.



Documento per l'identificazione dell'idoneità del paziente alla somministrazione di MdC organo iodati (TC) e paramagnetici (RM) e suo Consenso Informato.

(Circolare del Ministero della Sanità del 17/09/1997)

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA/...../.....

Preparazione per esame radiologico con Mezzo di Contrasto organo-iodato o paramagnetico

PROTOCOLLO DI PREPARAZIONE per TC*

CREATININEMIA < 1,6 mg/dl	Nessuna preparazione
CREATININEMIA > 1,6 mg/dl	Calcolo della Clearance 1. > 60 ml/min: Idratazione per os (2 litri nelle 24 ore successive all'esame) o ev (500 ml di soluzione fisiologica) 2. < 60 ml/min e > 30 ml/min: Idratazione per os (2 litri nelle 24 ore successive all'esame) o ev (500 ml di soluzione fisiologica) Acetilcisteina (Fluimucil cp effervescenti da 600 mg) 1 cp 24 ore e 12 ore prima dell'esame e 1 cp 12 ore e 24 ore dopo l'esame 3. < 30 ml/min: L'esame è controindicato
CREATININEMIA > 2 mg/dl	4. Necessaria valutazione nefrologica

PROTOCOLLO DI PREPARAZIONE per RM°

CREATININEMIA < 1,6 mg/dl	Nessuna preparazione
CREATININEMIA < 1,6 mg/dl	Calcolo della Clearance 1. > 60 ml/min: nessuna preparazione 2. < 60 ml/min e > 30 ml/min: utilizzare Dotarem 3. < 30 ml/min: L'esame è controindicato
CREATININEMIA > 2 mg/dl	L'esame è controindicato

Timbro e firma del Medico curante/richiedente

Data/...../.....

.....



Documento per l'identificazione dell'idoneità del paziente alla somministrazione di MdC organo iodati (TC) e paramagnetici (RM) e suo Consenso Informato.

(Circolare del Ministero della Sanità del 17/09/1997)

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA/...../.....

PARTE II

Riservata al Paziente (barrare il quadratino corrispondente)

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 Mezzo di Contrasto organoiodati/paramagnetici rendono visibili organi o alterazioni strutturali altrimenti non analizzabili. Nonostante l'elevato grado di sicurezza, i Mezzo di Contrasto non sono tuttavia esenti da reazioni avverse che sono distinte in:

Mezzo di Contrasto organoiodati:

- tossicità d'organo (renale, cardiovascolare, metaboliche) in caso di alterazioni preesistenti.
- 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).

Mezzi di Contrasto paramagnetici :

- tossicità d'organo (essenzialmente renale)
- reazioni imprevedibili (di tipo immuno-allergico) suddivise in:
 - reazioni lievi (nausea)
 - reazioni moderate (vomito profuso, orticaria, edema faciale, 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.

Ha mai eseguito in precedenza esami richiedenti la somministrazione di Mezzo di Contrasto organoiodato e/o paramagnetico?

SI NO

Se sì, in tali occasioni ha avuto disturbi particolari?

SI NO

Se sì, specificare quali:

episodi di nausea e vomito

SI NO

eruzioni cutanee e pomfi

SI NO

spasmo ed edema della glottide

SI NO

altro:



Documento per l'identificazione dell'idoneità del paziente alla somministrazione di MdC organo iodati (TC) e paramagnetici (RM) e suo Consenso Informato.

(Circolare del Ministero della Sanità del 17/09/1997)

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA / /

Soffre di allergie? SI NO

Se sì, specificare a cosa:

Il suo peso corporeo in Kg è

Ha già eseguito in precedenza esami radiologici (RX, Ecografia, TC e RM) inerenti e non al quesito clinico?

Se sì, è pregato di portarli in visione. SI NO

Assume alcool o droghe? SI NO

E' in stato di gravidanza? SI NO

PROMEMORIA PER IL GIORNO DELL'ESAME

- diggiuno da 3 ore
- portare in visione al Medico Radiologo gli esami ematochimici richiesti; in assenza di tali esami il Medico Radiologo non potrà effettuare l'esame.
- portare in visione al Medico Radiologo i precedenti esami radiologici (RX, Ecografia, TC e RM).

IO SOTTOSCRITTO/A

ACCONSENTO DI SOTTOPORMI ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO

NON ACCONSENTO DI SOTTOPORMI ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO

FIRMA DEL PAZIENTE

.....

PARTE III

Riservata al Medico Radiologo

Preso visione del consenso informato controfirmato dal medico curante/richiedente e dal paziente, si procede all'esecuzione dell'esame richiesto con Mezzo di Contrasto.

Quantità totale (in ml)

Data.... / / Timbro e firma del Medico Radiologo

Etichette identificative del Mezzo di Contrasto utilizzato

[Empty box] [Empty box]

[Empty box] [Empty box]

Data.... / / Firma IP