



### SINTESI INFORMATIVA

**CHE COSA È?** La TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (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 danni al feto.

**A COSA SERVE?** È 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 EFFETTUA?** Il paziente viene posizionato su un lettino che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (gantry) al cui interno si trovano la fonte di 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 per via endovenosa che migliora il potere diagnostico della metodica.

#### COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

I mezzi di contrasto iodati attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, ma occasionalmente possono dare possibili reazioni:

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

**MEDIE O SEVERE** orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari o perdita di coscienza, shock anafilattico, edema della glottide, e si risolvono nella maggior parte dei casi solo con terapia medica.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

#### Raccomandazioni generali per esami programmati (non eseguiti in emergenza):

- il digiuno da cibi solidi non è necessario; va osservato solo per alcuni protocolli di esami (per esempio studi di cuore e addome) come esplicitato nell'informativa e modulistica relativa alla loro preparazione;
- continuare l'assunzione di eventuali farmaci (salvo diversa indicazione da parte del Medico curante) e la normale assunzione di acqua (è importante essere ben idratati);
- portare in visione la documentazione clinica precedente, incluse le immagini radiologiche;
- si rammenta che alcuni valori degli esami emato-chimici nelle 24 ore successive all'esame radiologico potrebbero essere alterati.

**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 oppure mantenendo l'apnea quando espressamente richiesto dal personale sanitario.**

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

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso. Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate ai sensi del **Regolamento UE 2016/679 del DLgs 196/2003 e smi concernenti la "protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali"**.

La preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**INFORMAZIONI UTILI PER ESAMI CON INIEZIONE INTRAVASCOLARE DI MEZZO DI CONTRASTO A BASE DI IODIO**

Cognome ..... Nome ..... data di nascita ...../...../..... peso .....

**ANAMNESI POSITIVA PER** precedenti reazioni avverse a MDC a base di iodio  SÌ  NO

Se ha risposto SÌ, descrivere il tipo di reazione ed eventuale terapia, se possibile allegare eventuale documentazione:

- anafilassi idiopatica
- mastocitosi
- angioedema ricorrente in atto
- orticaria in atto
- asma bronchiale non controllato da terapia, ovvero nelle ultime 4 settimane ha avuto:
  - sintomi più di 2 volte/settimana?  SÌ  NO
  - ogni notte si sveglia per l'asma?  SÌ  NO
  - ha utilizzato il salbutamolo (Ventolin/Broncovaleas) più di 2 volte/settimana?  SÌ  NO
  - ha avuto limitazioni dell'attività a causa dell'asma?  SÌ  NO

Se ha selezionato una delle patologie o ha risposto SÌ ad una delle domande, la possibilità di eseguire l'esame sarà definibile solo in Radiologia e pertanto potrà essere rimandato in attesa di una consulenza dello Specialista allergologo o di una valutazione del Medico curante o dello Specialista di riferimento.

Si rammenta che secondo le Linee guida di riferimento ESUR (10.0) la premedicazione non è raccomandata.

**CONDIZIONI PREDISPONENTI DANNO RENALE DA MEZZO DI CONTRASTO A BASE DI IODIO**

- diabete mellito, indicare se viene assunta METFORMINA  SÌ  NO
- insufficienza renale acuta (episodi pregressi)
- insufficienza renale cronica
- monorene o storia di chirurgia renale maggiore
- nefropatie/proteinuria
- mieloma

Si rammenta che, al momento dell'esecuzione dell'indagine radiologica, il Paziente dovrà presentare il referto del dosaggio della **creatininemia** eseguito in data **non antecedente a 3 mesi**.

In Paziente ambulatoriale, in caso di **eGFR<30 ml/min**, per esami che prevedono l'iniezione di mezzo di contrasto per via endovenosa (TC, CESM) è necessario contattare il Servizio di Radiologia presso cui sarà eseguito l'esame - non appena ottenuta la data dell'appuntamento - onde poter organizzare un'adeguata idratazione per via endovenosa.

Per l'uso intraarterioso, per Pazienti con **eGFR<45 ml/min** si deve far riferimento al Medico angiografista.

Se viene assunta METFORMINA, in caso di **eGFR<30 ml/min** per esami che prevedono l'iniezione di mezzo di contrasto per via endovenosa (TC, CESM) il Medico proponente deve far sospendere il farmaco 48 ore prima dell'esame; il farmaco potrà essere ripreso 48 ore dopo l'esame se la funzionalità renale non sarà peggiorata.

Si rammenta che la sospensione di farmaci nefrotossici (quali ACE inibitori-sartani, aminoglicosidi, antifungini, antivirali, beta-bloccanti, biguanidi, diuretici dell'ansa, FANS, interluchina) non è necessaria a meno che non sia ritenuto opportuno da parte dello Specialista nefrologo e/o del Medico curante.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Medico Radiologo \_\_\_\_\_

Le indicazioni fornite sul presente modulo fanno riferimento a linee guida internazionali (ESUR 10.0 -2018) e sono redatte dalla società italiana di Radiologia medica (Sirm)



Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

*In caso di minore indicare le generalità del secondo genitore*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

(1) in qualità di paziente

(2) in qualità di esercente/i la potestà sul minore:

(3) in qualità di tutore\*/amministratore\*/fiduciario:

(\*ALLEGARE COPIA DEL PROVVEDIMENTO DEL GIUDICE)

paziente \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Informato/a dal Dott. \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire: \_\_\_\_\_

Sito e Lateralità: \_\_\_\_\_

Si procede ad effettuare l'atto terapeutico e/o diagnostico invocando lo stato di necessità, in quanto il/la paziente è impossibilitato/a ad esprimere il consenso, ovvero in assenza di chi possa legalmente esprimerlo.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ora \_\_\_

Firma e timbro del Medico \_\_\_\_\_

**CONSENSO ALTRATTAMENTO DELLE INFORMAZIONI CLINICHE E DELLE IMMAGINI IN FORMA ANONIMIZZATA**

Consenso al trattamento delle informazioni cliniche e delle immagini RM in forma anonimizzata per finalità di ricerca scientifica ed epidemiologica e per la messa a punto di strumenti informatici di supporto alla diagnosi e terapia:  **Consento il trattamento**       **Non consento il trattamento**

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma del 1° genitore/rappresentante legale \_\_\_\_\_

Firma del 2° genitore \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

NOTA ALLERGIA A FARMACI     NO     SI specificare quali \_\_\_\_\_

NOTA ALLERGIA AL MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO     NO     SI

in caso di paziente donna DICHIARA

DI NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA

DI ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA

ESPRIME DUBBIO



**Reso/a consapevole:**

- sul parere del sanitario 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;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita
- dei rischi specifici in caso di gravidanza
- dei possibili rischi in caso di rifiuto della procedura proposta

**- presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto**

- valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

**All'effettuazione dell'esame diagnostico**

Esami di Laboratorio: **Valore di creatininemia:** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma Medico** \_\_\_\_\_

Presenza di interprete:  no  si (nome e cognome) \_\_\_\_\_

**Firma del paziente** \_\_\_\_\_

**Firma del 1° genitore/rappresentante legale** \_\_\_\_\_

**Firma del 2° genitore** \_\_\_\_\_

-----  
**REVOCA DEL CONSENSO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**REVOCA**

il proprio consenso alla procedura proposta: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ora \_\_\_\_

**Firma Paziente** \_\_\_\_\_

**Firma del 1° genitore/rappresentante legale** \_\_\_\_\_

**Firma del 2° genitore** \_\_\_\_\_

Firma Medico \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_