

Il seguente modulo è suddiviso in due parti. La prima parte informativa per il paziente la seconda parte riservata alla compilazione da parte del medico curante/inviatore. Si prega altresì di porre particolare attenzione alle parti scritte in grassetto o sottolineate.

❖ **Parte I: NOTA INFORMATIVA**

Nel corso dell'indagine radiologica richiesta, per poter fornire elementi utili alla diagnosi del Suo caso, è necessario somministrare mediante iniezione in vena una particolare sostanza detta mezzo di contrasto. Questo permette di riconoscere con maggiore chiarezza sia strutture normali (in particolare vie escretrici urinarie, vasi arteriosi e venosi) sia eventuali processi patologici e spesso di precisarne la natura.

I mezzi di contrasto (MdC) organoiodati (TAC), e contenenti gadolinio (RM) possono, come tutti i farmaci, provocare effetti collaterali e alcune reazioni avverse. Le reazioni lievi (nausea, vomito, prurito) o moderate (vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo) sono in genere risolte con semplici provvedimenti terapeutici. Rarissimamente, si possono verificare reazioni severe (shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-respiratorio), che in casi eccezionali possono provocare il decesso. Nella nostra struttura l'iniezione endovenosa di mezzi di contrasto è eseguita con la supervisione di un medico rianimatore.

CONTROINDICAZIONI E PRECAUZIONI

(Situazioni nelle quali il Mezzo di Contrasto non deve essere somministrato o somministrato con particolare cautela):

- **Gravidanza**
- **Allergie**
- **Ipertiroidismo (TAC)**
- **Mieloma multiplo**
- **Nefropatia**
- **Intervento chirurgico a carico dei reni/trapianto**
- **Proteinuria**
- **Diabete mellito**
- **Recente assunzione di farmaci nefrotossici**
- **Insufficienza renale:**

i mezzi di contrasto organo-iodati, infatti, sono altamente tossici per i reni e possono aggravare uno stato di insufficienza renale latente. Studi recenti hanno, inoltre, dimostrato che l'uso di mezzi di contrasto contenenti gadolinio, pur non essendo direttamente tossici per i reni, aumenta il rischio di sviluppare una grave condizione medica, ma estremamente rara, chiamata **Fibrosi sistemica nefrogenica (FSN)**, che può manifestarsi soltanto in presenza di insufficienza renale (specialmente grave, con valori di filtrato glomerulare inferiori a 30 ml/minuto/1,73m²), o in pazienti in emodialisi o dialisi peritoneale, e in pazienti candidati al trapianto di fegato.

È assolutamente necessario, quindi, che il medico richiedente, in esami che richiedono l'utilizzo endovenoso di mezzi di contrasto organo-iodati e paramagnetici, escluda la presenza di Insufficienza Renale, avvalorandosi dei test di funzionalità renale (Filtrato Glomerulare o creatininemia), non antecedenti 30 giorni dalla data dell'esame.

In presenza di fattori di rischio la valutazione della funzionalità renale deve essere eseguita nei 7 giorni antecedenti l'esame.

È necessario, inoltre, aspettare un periodo di almeno 7 giorni tra un esame ed un altro, se utilizzando mezzo di contrasto.

Per le donne in allattamento non è necessario sospendere l'allattamento ma opportuno avvisare il medico della struttura il giorno dell'esame.

Se le informazioni riportate in questo foglio, forzatamente limitate e succinte, le risultassero poco comprensibili o avesse dubbi in proposito, si rivolga con fiducia al personale del servizio deputato all'esecuzione dell'indagine richiesta, che le fornirà ogni possibile ulteriore chiarimento e informazione. L'utente ha la facoltà ed opportunità di chiedere ulteriori delucidazioni in ogni momento dell'indagine. **Il medico Radiologo e il Medico Anestesista sono a disposizione per qualsiasi chiarimento.**

PREPARAZIONE ALL'ESAME:

- **Mantenere il digiuno da almeno 5 ore prima dell'esame e non bere nell'ora precedente all'esame.**
- **Non sospendere il trattamento farmacologico abituale se non specificato dal Medico**
- **Portare eventuali precedenti radiologici e la documentazione (ove esistente) relativa al quesito diagnostico.**

❖ Parte II: RISERVATA AL MEDICO INVIANTE: se non correttamente compilata l'esame potrà essere annullato

La compilazione di questa sezione attestante l'esistenza o meno di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio o grave in seguito all'introduzione di mezzi di contrasto è obbligatoria, da parte del Medico, per gli esami con somministrazione di mezzo di contrasto. Si prega di compilare in stampatello maiuscolo.

DATI DEL PAZIENTE:	
Cognome	Nome
Data di nascita	Peso in kg
TIPO DI ESAME RICHIESTO <input type="checkbox"/> TAC con mdc iodato <input type="checkbox"/> RM con mdc paramagnetico	
Distretto da esaminare	
NOTIZIE CLINICHE E SOSPETTO DIAGNOSTICO	
DIATESI ALLERGICA:	
▪ Comprovato rischio allergico a contrasti organo organo-iodati (TC) -paramagnetici (RM) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>In caso di risposta affermativa l'esame deve essere eseguito in struttura ospedaliera</i>	
▪ Comprovato rischio allergico a farmaci, alimenti e ambientali <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>In caso di risposta affermativa lo schema suggerito di pre-trattamento farmacologico è il seguente:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ore 13.00 del giorno precedente l'esame 1 cpr Deltacortene 25 mg ○ Ore 7.00 del giorno dell'esame: 1 cpr Deltacortene 25 mg + 1 cpr Kestine 20 mg 	
FUNZIONALITA' RENALE:	
Misurazione consigliabile in tutti i pazienti ma OBBLIGATORIA in presenza di insufficienza renale, fattori di rischio renali, terapia con farmaci nefrotossici e per i pazienti con più di 70 anni. La misurazione deve essere effettuata preferibilmente nei 7 giorni precedenti l'esame e ASSOLUTAMENTE non oltre i 30 giorni dalla data dell'esame.	Creatininemia mg/dl
<ul style="list-style-type: none"> ▪ MDC IODATI: eGFR inferiore a 45 ml/min l'esame deve essere eseguito in struttura ospedaliera ▪ MDC PARAMAGNETICI: eGFR inferiore a 30 ml/min o per pazienti in dialisi l'esame deve essere eseguito in struttura ospedaliera 	Filtrato glomerulare eGFR
CONTROINDICAZIONI E PRECAUZIONI:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insufficienza renale (vedi funzionalità renale) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ▪ Asma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ▪ Insufficienza cardiovascolare grave <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ▪ Ipertensione (esami TAC) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ipertiroidismo (in fase di scompenso) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ▪ Insufficienza epatica grave <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ▪ Diabete <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ▪ Scompenso cardiaco <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
▪ Trattamento in atto con farmaci (solo se uno di quelli sotto indicati): Beta-bloccanti <input type="checkbox"/> Si // Interleukina 2 <input type="checkbox"/> Si // Metformina* <input type="checkbox"/> Si // FANS <input type="checkbox"/> Si // Aminoglicosidi <input type="checkbox"/> Si // Ciclosporina <input type="checkbox"/> Si // Cisplatino <input type="checkbox"/> Si *In caso di risposta positiva se possibile sospendere la terapia per un tempo superiore alla emivita del farmaco o in caso contrario contattare il medico della struttura.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Barrare il farmaco utilizzato)

Data _____ Timbro e Firma del Medico Richiedente _____

Nb: Per la Risonanza Magnetica deve essere compilato anche il questionario anamnestico specifico per indagini RM

A CURA DEL MEDICO RESPONSABILE DELLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO:

In base ai dati forniti si dichiara idoneo il paziente alla somministrazione del mezzo di contrasto.

Data _____ Timbro e Firma Medico _____

A CURA DEL PAZIENTE, CONSENSO SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO:

Il sottoscritto nato il ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della valutazione dei benefici clinici diagnostici e dei rischi collegati, acconsento alla somministrazione del mezzo di contrasto.

Data _____ Firma paziente _____
 (o legale rappresentante o esercenti la responsabilità genitoriale in caso di minori)