



CENTRO DI RADIOLOGIA E FISIOTERAPIA S.R.L.

Accreditato A.T.S.

Via Roma, 28 - 24020 Gorle (BG)

Cod.Fisc. 01509260160

Gruppo IVA Maredo - P. IVA 04786280166

Cap. Soc. € 500.000,00 i.v. - REA di Bergamo n. 212289

Tel. 035/290636 - 035/4236140 - Fax 035/290358

www.centroradiofisio.it - info@centroradiofisio.it

Direttore Sanitario: Dott. R. Suardi



TC CON MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO PER VIA ENDOVENOSA

(da compilare a cura del Medico prescrittore, barrando ove necessario. Si prega cortesemente di rispondere a tutte le domande indicate)

Il/La Sig/Sig.ra. _____ ha la necessità di essere sottoposto/a a _____ per la seguente indicazione _____

la paziente è in stato di gravidanza (certa o presunta) o in fase di allattamento

È affetto da:

Paraproteinemia di Waldenström

Insufficienza epatica

Insufficienza renale moderata/severa

Mieloma multiplo

Stati di grave sofferenza del miocardio o di insufficienza cardiocircolatoria

Ipertireosi

Diabete in trattamento con Metformina

Ipersensibilità allo Iodio

È in corso terapia anticoagulante orale

<input type="checkbox"/> Precedenti reazioni di tipo anafilattico <input type="checkbox"/> Asma bronchiale <input type="checkbox"/> Reazione avversa a farmaci <input type="checkbox"/> Allergia respiratoria	<i>In caso affermativo si propone la applicazione della procedura di desensibilizzazione come da schema riportato sul retro.</i>
si no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diatesi allergica	<p align="center">IN CASO AFFERMATIVO INVIARE IL PAZIENTE ALLA STRUTTURA CHE ESEGUIRÁ L'INDAGINE</p>

Il paziente deve presentarsi il giorno dell'esame con gli esiti recenti (massimo 30 giorni precedenti la data di esecuzione dell'esame) di:

- **Creatininemia**
- **Glicemia**

Data _____

Timbro e firma del medico _____

N.B. La TC del torace e dell'addome va effettuata dopo almeno 7 giorni dall'esecuzione di altre indagini contrastografiche (studi radiografici dell'apparato digerente, urografie, interventistica, ecc.) e dopo almeno 2 giorni dalla esecuzione di indagini endoscopiche.

PREPARAZIONE ALL' ESAME TC CON MEZZO DI CONTRASTO

- Abbondante idratazione (almeno 1,5 litri di acqua) il giorno prima dell'esame.
- Digiuno per cibi solidi e liquidi da almeno 6 ore prima dell'esame.
- Assumere l'abituale terapia domiciliare secondo l'indicazione del proprio medico di base ad esclusione della Metformina che deve essere sospesa nei due giorni precedenti l'esame.

SCHEMA TRATTAMENTO DESENSIBILIZZANTE

Premessa: nessuna preparazione può azzerare il rischio di reazioni allergiche maggiori. Se le reazioni sono state gravi (anafilassi, laringospasmo severo) preferire tecniche diagnostiche alternative o non usare il mezzo di contrasto (MDC).

Non costituisce maggiore rischio l'anamnesi personale o familiare di *atopia*.

Soggetti a rischio sono pazienti:

- neonati, anziani e soggetti disidratati
- cardiopatici, diabetici, soggetti con grave insufficienza renale od epatica, con malattie metaboliche od ematologiche o con precedenti reazioni al MDC (rischio del 15-33%)
(dalle Raccomandazioni della Società Italiana di Allergologia Clinica)

PREPARAZIONE DESENSIBILIZZANTE NELL'ADULTO

- due giorni prima dell'esame:
Ore 22: **Atarax** 1 compressa
- il giorno precedente l'esame :
Ore 18: **Prednisone** (deltacortene forte) 2 compresse da 25 mg
Ore 22: **Mepral** 2 compresse da 20 mg
Atarax 1 compressa
Ore 23: **Prednisone** (deltacortene forte) 2 compresse da 25 mg
- il giorno dell'esame:
se eseguito al mattino:
un'ora prima dell'esame: **Prednisone** (deltacortene forte) 2 compresse da 25 mg
Ore 22: **Atarax** 1 compressa
Mepral 2 compresse da 20 mg

se eseguito al pomeriggio:
Ore 9: **Prednisone** (deltacortene forte) 2 compresse da 25 mg
un'ora prima dell'esame: **Prednisone** (deltacortene forte) 2 compresse da 25 mg
Ore 22: **Atarax** 1 compressa
Mepral 2 compresse da 20 mg

NOTA BENE

- sospendere β -bloccanti ed ACE-inibitori (che possono aggravare le ipotensioni e rendere inefficace il loro trattamento)
- Si ricorda che **il/la paziente dovrà essere accompagnato/a da una persona in grado di guidare**, comunque da una persona maggiorenne responsabile, in quanto i farmaci somministrati durante l'esame possono compromettere la guida nelle ore successive l'indagine.

INFORMAZIONE E CONSENSO DEL PAZIENTE

L'esame proposto comporta l'esposizione a radiazioni ionizzanti (raggi X) e la somministrazione per via endovenosa di mezzo di contrasto. Le **radiazioni ionizzanti** sono presenti nell'ambiente in cui viviamo (raggi solari, radiazioni emesse dal terreno ecc.) e, se assorbite in dosi elevate, possono provocare danni agli organi interni specie nel caso di donne in gravidanza o in età fertile. I dosaggi impiegati negli esami radiologici vengono tenuti molto bassi compatibilmente con la possibilità di poter ottenere una diagnosi attendibile. I benefici di una diagnosi precoce sono solitamente superiori al danno provocato dalle radiazioni. Ogni volta che Lei si sottopone ad un accertamento radiologico, ricordi al medico il numero e il tipo di esami cui si è sottoposto in precedenza.

Il mezzo di contrasto iniettato nel circolo sanguigno è una sostanza a base di iodio che rende visibili all'esame radiologico gli organi interni. La somministrazione di queste sostanze può determinare effetti secondari, di regola di lieve entità e di breve durata (prurito, ponfi, senso di calore).

È tuttavia possibile, seppure molto raramente e senza che si possa prevederne la comparsa, l'insorgenza dei disturbi più gravi (diminuzione della pressione, difficoltà del respiro) e solo in via del tutto eccezionale pericolosi per la vita.

Il medico che esegue l'esame è in grado di garantirLe cure tempestive ed appropriate.

In base a quanto sopra riportato, **dichiaro** di non essere in stato di gravidanza, di ritenermi adeguatamente informato e, in considerazione della sua utilità diagnostica, acconsento ad essere sottoposto all'esame richiesto con mezzo di contrasto.

Data _____

Firma del paziente _____

Dichiaro di aver informato il paziente che a mio avviso ha compreso quanto elencato.

Firma del medico radiologo _____

Firma dei genitori o tutore _____

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO

Io sottoscritto **dichiaro** di essere stato adeguatamente informato sul mio stato di salute e sulle finalità e modalità dell'esecuzione dell'esame diagnostico proposto, nonché del rischio cui mi espongo astenendome, tuttavia **decido di non effettuarlo**.

Data _____

Firma del paziente _____

Firma dei genitori o tutore _____