GRUPPO RomanoMedica POLIAMBULATORI
ROMANO MEDICA S.r.l. Unipersonale
Sede legale: Via Dante Alighieri, 5/4 | 36060 Romano d'Ezzelino VI
Cap. Soc. € 10.000 | Cod. Fisc. e P. IVA 02819040243
Sede operativa: Via Prima Mattina, 14 | 35013 **Cittadella** PD
Dir. San. ***Dott.ssa Stefania ALESSI*** *- Dir. Lab. Analisi* ***Dott. Dario CESCO***

Centro Unico Prenotazione 042433477

From Cure to Care
PRENOTA ONLINE
www.romanomedica.it
info@romanomedica.it

INFORMATIVA E CONSENSO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO (TAC) PARAMAGNETICO (RM)

Nome	**Cognome**
Data di nascita	**Cod. Fisc.**

Il seguente modulo è suddiviso in due parti: la prima parte è informativa per il paziente, mentre la seconda parte deve essere compilata dal medico curante o prescrittore dell'esame.

PARTE INFORMATIVA per il paziente, si prega di leggere attentamente

Nel corso dell'esame di TAC o RM che Lei eseguirà, è necessaria la somministrazione endovenosa di una particolare sostanza, detta **Mezzo di Contrasto**, che permette di studiare alcune strutture, come vasi venosi ed arteriosi e le vie urinarie, altrimenti non ben riconoscibili, e che fornisce informazioni necessarie alla diagnosi di processi patologici che colpiscono gli organi oggetto di studio.

I mezzi di contrasto, organoiodati nel caso della TAC, contenenti gadolinio nel caso della RM, possono provocare, come tutti i farmaci, effetti collaterali e reazioni allergiche; queste ultime se sono lievi (nausea, vomito, prurito) o moderate (vomito, orticaria diffusa, edema facciale e broncospasmo) vengono trattate e risolte con adeguati provvedimenti terapeutici e si risolvono rapidamente; tuttavia in rarissimi casi la reazione allergica può essere grave e determinare uno shock anafilattico, che in casi eccezionali può provocare il decesso.
Infine possono verificarsi delle **reazioni tardive**, di solito dopo un'ora fino a 7gg dall'iniezione, di solito manifestazioni cutanee (prurito, bolle, arrossamento) o una sindrome simil-influenzale, per le quali si consiglia di rivolgersi al proprio medico curante o al Pronto Soccorso.

Nella nostra struttura l'iniezione di mezzo di contrasto viene eseguita con la supervisione di un medico anestesista rianimatore. Durante la somministrazione del mezzo di contrasto c'è la possibilità che si verifichi uno stravaso di mezzo di contrasto nell'area di iniezione a causa della rottura del vaso, ad esempio per fragilità della vena, in questo caso la tumefazione che ne consegue viene trattata con ghiaccio e pomate sintomatiche, trattamento da proseguire eventualmente anche a domicilio.

I mezzi di contrasto organoiodati sono tossici per i reni e possono perciò aggravare uno stato di insufficienza renale non noto; inoltre i mezzi di contrasto contenenti gadolinio che si usano in RM, pur non essendo di per sé nocivi per i reni, in caso di insufficienza renale del paziente possono accumularsi nell'organismo e dare luogo ad una grave condizione medica, molto rara, chiamata Fibrosi nefrogenica sistemica. *Per questo motivo è necessario accertarsi del buon funzionamento dei reni prima di somministrare qualsiasi mezzo di contrasto, mediante un prelievo del sangue che valuti la funzionalità renale (creatininemia e VFG, ossia filtrato glomerulare);* tale valutazione è sufficiente sia eseguita entro i 90 gg precedenti all'esame se il paziente non ha patologie renali o fattori di rischio per esse, mentre in pazienti con patologia renale nota o fattori di rischio, la valutazione deve essere più recente, ossia va eseguita entro 7gg dall'esecuzione dell'esame.

Questo è l'elenco delle situazioni nelle quali il mezzo di contrasto non deve essere somministrato o somministrato con cautela:

- **gravidanza;**
- **allergie** *(asma non controllata, orticaria e/o angioedema cronico, mastocitosi, pregressa allergia al mezzo di contrasto);*
- **ipertiroidismo;**
- **mieloma multiplo;**
- **nefropatia;**
- **intervento chirurgico ai reni o trapianto;**
- **proteinuria;**
- **diabete mellito;**
- **recente assunzione di farmaci nefrotossici;**
- **insufficienza renale.**

GRUPPO RomanoMedica POLIAMBULATORI
ROMANO MEDICA S.r.l. Unipersonale
Sede legale: Via Dante Alighieri, 5/4 | 36060 Romano d'Ezzelino VI
Cap. Soc. € 10.000 | Cod. Fisc. e P. IVA 02819040243
Sede operativa: Via Prima Mattina, 14 | 35013 **Cittadella** PD
*Dir. San. **Dott.ssa Stefania ALESSI** - Dir. Lab. Analisi **Dott. Dario CESCO***

Centro Unico Prenotazione 042433477

From Cure to Care
PRENOTA ONLINE
www.romanomedica.it
info@romanomedica.it

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

La compilazione di questa sezione serve a stabilire se ci siano o meno condizioni che possono favorire l'insorgenza di reazioni allergiche o effetti collaterali; la mancata compilazione da parte del curante non permette l'esecuzione dell'esame.

Nome	**Cognome**
Data di nascita	**Peso (kg.)**

TIPO DI ESAME RICHIESTO: ☐ **TAC CON MDC** ☐ **RM CON MDC**

Distretto anatomico da esaminare .....

QUESITO CLINICO .....

NOTIZIE CLINICHE RILEVANTI .....

DIATESI ALLERGICA *Nel caso di diatesi allergica nota, l'esame va eseguito in struttura ospedaliera.*

- Comprovato rischio allergico al mezzo di contrasto organoiodato o paramagnetico (gadolinio) ..... ☐ **SI** ☐ **NO**
- Storia di allergie (asma bronchiale non controllata, orticaria o angioedema cronici, mastocitosi) ..... ☐ **SI** ☐ **NO**
- Storia di shock anafilattico da causa sconosciuta ..... ☐ **SI** ☐ **NO**

FUNZIONALITÀ RENALE

- **Valore della creatininemia** ..... • **EGFR** ..... • **Data** .....

Nei pazienti che non hanno patologia renale nota l'esame non deve essere antecedente ai 90 gg dalla data dell'esame; se il paziente ha patologia renale nota, insufficienza renale cronica o patologia renale recente, la misurazione della funzionalità renale deve essere eseguita nei 7gg antecedenti all'esame.

Per valori di eGFR inferiori ai 45 ml/min l'esame va eseguito in struttura ospedaliera se è prevista la somministrazione di mezzo di contrasto organoiodato; per valori di eGFR pari o inferiori a 30 ml/min non viene eseguita la somministrazione di mezzi di contrasto contenenti gadolinio, o se ritenuto necessario solo in struttura ospedaliera.

CONTROINDICAZIONI E PRECAUZIONI

- INSUFFICIENZA CARDIOVASCOLARE GRAVE ☐ **SI** ☐ **NO**
- SCOMPENSO CARDIACO ☐ **SI** ☐ **NO**
- INSUFFICIENZA EPATICA ☐ **SI** ☐ **NO**
- IPERTIROIDISMO IN SCOMPENSO ☐ **SI** ☐ **NO**
- DIABETE ☐ **SI** ☐ **NO**

Se il paziente ha valori di eGFR tra 60 e 45 ml/min, si consiglia, ove clinicamente possibile, la sospensione momentanea dell'assunzione di questi farmaci:

- **Beta bloccanti**
- **Interleukina**
- **Aminoglicosidi**
- **Metformina**
- **FANS**
- **Ciclosporina**
- **Cisplatino**

Data ..... Timbro e firma del Medico curante .....

CONSENSO

Il/la Sottoscritto/a _____ Nato/a il _____

Sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni alla somministrazione del MDC.

☐ **ACCONSENTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MDC (Mezzo di Contrasto)**

Data	Firma del Paziente			
Nel caso di minore/interdetto/inabilitato/etc., barrare la casella di chi firma in vece.	☐ Padre	☐ Madre	☐ Tutore/Curatore	☐ Amm. sostegno

VERIFICATA L'ASSENZA DI EVIDENTI CONTROINDICAZIONI ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MDC SI DICHIARA IL PAZIENTE IDONEO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MDC.

Nome e Cognome del Medico Radiologo	*Firma del Medico Radiologo*