



COGNOME _____ NOME _____
DATA DI NASCITA _____ N. ESAME _____ DATA ESAME ___ / ___ / ___
Indagine richiesta _____
Medico richiedente l'esame _____

Esame Con Mezzo di Contrasto Senza Mezzo di Contrasto

INFORMAZIONE SULL'INDAGINE

Gentile Signore/ Signora,
la Tomografia Computerizzata (TC) consente di studiare il nostro corpo mediante radiazioni ionizzanti a cui tutti noi siamo esposti per l'assorbimento del radon e dei raggi cosmici. Ogni anno questo assorbimento ammonta a circa 2,4 mSv. In corso di TC l'esposizione alle radiazioni ionizzanti è relativamente elevata. Il ricorso a questo tipo di indagine deve essere quindi pienamente giustificato, particolarmente al di sotto dei 40 anni e nelle donne in età fertile. Al termine dell'esame sarà il personale sanitario che la aiuterà/supporterà a sollevarsi qualora lei sia seduta/o o sdraiata/o.

DA COMPILARE SOLO PER DONNE

Le RADIAZIONI utilizzate potrebbero NUOCERE AL FETO, pertanto, è pregata di voler segnalare se è in stato di gravidanza certa o presunta. Con alcune eccezioni, le radiazioni dovrebbero essere evitate in donne giovani, sotto i 30-35 anni, per limitare ogni fattore di ipotetico rischio.

E' in stato di gravidanza certa o presunta? SI NO Data ultima mestruazione: _____

Ai fini della preparazione all'esame, è indispensabile portare in visione gli eventuali esami precedenti del distretto anatomico da indagare (TC, RMN, scintigrafie, radiografie), richiesta medica ed eventualmente anche specialistica.

L'uso del **mezzo di contrasto iodato**, prescritto dal Medico Curante/ Specialista, deve essere riservato ai casi in cui esista una precisa indicazione clinica. Il mezzo di contrasto può raramente provocare qualche disturbo di scarsa entità (reazioni di tipo allergico) e, ancora più raramente, reazioni gravi (nefropatia indotta da mezzo di contrasto - CIN, insufficienza renale acuta - IRA, comparsa di danni renali acuti, shock anafilattico). Il radiologo e l'anestesista rianimatore sono a Sua disposizione per ogni chiarimento e per la terapia dell'eventuale disturbo.

Al fine di garantire la massima sicurezza del paziente, in caso di utilizzo di mezzo di contrasto dovranno essere osservate le seguenti precauzioni:

- se possibile, il mezzo di contrasto non dovrebbe essere utilizzato nei 7 giorni seguenti una chemioterapia, soprattutto se a base di derivati di platino;
- si consiglia di non ripetere l'iniezione di mezzo di contrasto nelle successive 72 ore;
- i farmaci nefrotossici dovrebbero essere sospesi nelle 48 ore precedenti l'esame;
- le biguanidi dovrebbero essere sospese al momento dell'esecuzione dell'esame e reintrodotte dopo almeno 48 ore e solo se la funzione renale rimane stabile;
- i diuretici (in particolare la furosemide) dovrebbero essere sospesi il giorno dell'esame ed il precedente. La decisione di sospendere il diuretico deve essere individualizzata, in particolare, nei pazienti con grave scompenso cardiaco, cirrosi scompensata o sindrome nefrosica.

Dopo l'esame può tranquillamente tornare alla Sua routine quotidiana, "non si porta dietro nessuna radiazione" nel senso che non esiste una permanenza dei raggi X nel corpo umano.

DA COMPILARE IN CASO DI PRESENZA ESAMI PRECEDENTI

Il paziente dichiara di aver consegnato al Centro i seguenti esami precedenti per un totale di _____ buste.

- RX _____
- TC _____
- RM _____
- ECO _____
- ALTRO [*specificare*] _____

Firma del paziente o di persona idonea _____

In caso di minori o soggetti in condizioni non idonee a rilasciare il consenso, è necessario l'assenso di una persona legalmente idonea che specifichi il grado di parentela o tutela

DA COMPILARE SE IL PAZIENTE RINUNCIA ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL CONTRASTO O ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Il sottoscritto **COGNOME** _____ **NOME** _____ **ID PAZIENTE** _____

dichiara di rinunciare all'esame di _____ prescritto come da ricetta/impegnativa a causa di _____

Firma del paziente o di persona idonea _____

In caso di minori o soggetti in condizioni non idonee a rilasciare il consenso, è necessario l'assenso di una persona legalmente idonea che specifichi il grado di parentela o tutela



COGNOME _____ NOME _____
DATA DI NASCITA _____ N. ESAME _____ DATA ESAME ___ / ___ / ___
Indagine richiesta _____
Medico richiedente l'esame _____

Esame Con Mezzo di Contrasto Senza Mezzo di Contrasto

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI UN ESAME TC

- ALLERGIA A SOSTANZE _____ SI NO
Quali? _____
- TRATTAMENTO IN ATTO CON FARMACI (biguanidi, beta bloccanti, analgesici, antidepressivi, interleuchina, antiemetici, antistaminici, neurolettici, diuretici, nefrotossici, chemioterapici, FANS, amino glicosidi, vancomicina) _____ SI NO
Quali? _____
- Ha già effettuato in precedenza esami TC? _____ SI NO
Quando _____
- Peso: _____ Altezza _____
- Se con Mezzi di Contrasto, ha avuto problemi legati alla somministrazione di Mezzo di contrasto?

NOTE ANAMNESI/ CAUTELE PARTICOLARI/ QUESITO DIAGNOSTICO: _____

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame TC, ritenute chiare e complete le motivazioni della richiesta effettuata da parte del Medico richiedente e verificata l'appropriatezza della stessa, preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini dinamiche preliminari, ritiene che l'esame è giustificato nel rispetto del D.Lgs. 101/2020 ed autorizza l'esecuzione dello stesso.

Nome e Cognome del Medico Radiologo Responsabile _____

Firma del Medico Radiologo Responsabile _____

Consenso informato all'esame TC

Il Paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esame TC. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame.

Firma del paziente o di persona idonea _____

In caso di minori o soggetti in condizioni non idonee a rilasciare il consenso, è necessario l'assenso di una persona legalmente idonea che specifichi il grado di parentela o tutela

Consenso informato alla somministrazione di mezzo di contrasto

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione.

Firma del paziente o di persona idonea _____

In caso di minori o soggetti in condizioni non idonee a rilasciare il consenso, è necessario l'assenso di una persona legalmente idonea che specifichi il grado di parentela o tutela