

MODULO PER RICHIESTA DI ESAME CON M.D.C. ORGANO IODATO PER VIA INIETTIVA

(AI SENSI DELLA NOTA DEL M.D.S., DEL 17.09.1997)

Gentile Signora/e,

l'indagine diagnostica a Lei prescritta prevede l'utilizzo di mezzo di contrasto ORGANO-IODATO somministrato per via venosa o arteriosa, grazie al quale potranno essere opacizzati vari tessuti e strutture anatomiche, consentendo la definizione di eventuale patologia, a scopo diagnostico/terapeutico.

Prima dell'esame sarà premura del Personale che La accoglierà verificare che sussistano tutte le condizioni per poter procedere con l'iniezione del mezzo di contrasto; ciò sarà documentato dal Medico Prescrivente.

Nel corso dell'iniezione potrà avvertire una sensazione di calore più o meno diffusa, della durata di qualche secondo; una possibile complicanza in questa fase potrebbe essere la rottura del vaso venoso e il conseguente spandimento del mezzo di contrasto, che generalmente si risolve senza gravi conseguenze nell'arco di qualche giorno.

Dopo l'iniezione, anche se raramente, possono insorgere complicanze.

Possono verificarsi reazioni avverse acute spesso di grado lieve (sudorazione, nausea o vomito, secchezza delle fauci, orticaria, cefalea) o di grado medio (dispnea, broncospasmo, alterazioni pressorie e del ritmo cardiaco, angina, convulsioni, lipotimia); rare le reazioni gravi (edema della glottide, shock anafilattico).

Possono avvenire anche reazioni avverse tardive (da oltre un'ora dall'iniezione sino a circa una settimana), generalmente di tipo cutaneo (rush, eritema, prurito) ed autolimitantesi.

Cognome Nome

Nato/a a Il

Medico curante Recapito telefonico

Quesito clinico

Indagine proposta

Prima indagine ()

Stadiazione ()

Follow-up ()

È indispensabile, per lo Specialista Radiologo e l'Anestesista, visionare eventuali analoghi esami precedenti ed essere in formato sugli elementi anamnestici e clinici del paziente ed in particolare nei casi riguardanti:

SI NO

- Assunzione di alcool o droghe	☐	☐
- Comprovato rischio allergico a contrasti organo-iodati o altre sostanze	☐	☐
- insufficienza cardio-vascolare	☐	☐
- insufficienza renale	☐	☐
- Mieloma multiplo- Trattamento in atto con farmaci quali: beta bloccanti-biguanidi-interleuchina	☐	☐
- Ace-inibitori infiammatori non steroidei	☐	☐

N.B. ALLEGARE SEMPRE:

clearance creatinina, creatininemia, azotemia, elettroforesi
sieroproteica, elettrocardiogramma o visita cardiologica

I suddetti esami hanno una validità di 3 mesi.

Si richiede pertanto di rispondere ai seguenti quesiti:

Trattasi di paziente a rischio (SI) (NO)

se SI per quale motivo clinico?

Evitare assunzione di fans, ace inibitori-metformina il giorno dell'esame

Metformina se i valori sono elevati utilizzare insulina.

Iniziare Metformina dopo idratazione adeguata ed eventuale controllo della funzionalità renale.
Il giorno dell'esame evitare: frutta, verdura, latte e derivati e presentarsi a digiuno da almeno 6 ore

**N.B. Nel caso si tratti di Pazienti con diatesi allergica si raccomanda la seguente preparazione
farmacologica il giorno precedente l'esame:**

13 ore prima Prednisone 25mg 2 compresse

7 ore prima Prednisone 25mg 2 compresse

1 ora prima Prednisone 25mg 2 compresse

Cetirizina 10mg o Loratadina 10mg 1 compressa

Il sottoscritto dichiara di aver effettuato la terapia desensibilizzante sopra indicata (SI) (NO)

IL PAZIENTE
(firma leggibile)

MEDICO CURANTE
(timbro e firma)

Preso atto delle informazioni direttamente dal Paziente, dei dati clinico anamnestici raccolti dal
medico curante del quesito clinico e dell'indagine proposta, si ritiene/non si ritiene di procedere
all'esame con il m.d.c..... di procedere ad ulteriori
accertamenti

N.B. La consultazione preventiva con l'Anestesista è opportuna nei pazienti a rischio (comprovato
rischio allergico, gravi forme di insufficienza epatica o renale o cardiovascolare, paraproteinemia di
Waldenstrom o mieloma multiplo). T.P. con metformina.

Consultazione preventiva con l'Anestesista (SI) (NO)

Prescrizioni eventuali dell'Anestesista

Firma dell'Anestesista

.....

CONSENSO INFORMATO

Informato dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimento e delle eventuali complicanze connesse con l'esecuzione dell'indagine il paziente, ampiamente soddisfatto delle informazioni e dei chiarimenti ricevuti dal Prof./Dott dichiara di acconsentire allo svolgimento della stessa.

Firma del paziente o del titolare del consenso

Oppure cognome e nome dell'Esercente

- ☐ la potestà genitoriale dell'Interessato,
- ☐ la tutela legale dell'Interessato,
- ☐ Amministrazione di sostegno dell'Interessato,
- ☐ legale rappresentante

Altro: _____

Data _____ Firma _____

(Allegare copia di nomina e documento identità)

Firma del Medico Radiologo
