

COGNOME: _____
NOME: _____
DATA DI NASCITA: _____
ESAME TC RICHIESTO: _____

<spazio per barcode e CF>

INDAGINE PROPOSTA - La TC è un esame che utilizza raggi X e fornirà informazioni al suo Medico curante in merito al suo problema clinico, al fine di trattarlo con la terapia più opportuna. Durante la TC può essere necessaria l'iniezione endovenosa di un mezzo di contrasto iodato (MDC), un liquido opaco ai raggi X che permetterà di vedere meglio i suoi organi. I MDC attualmente impiegati sono sicuri e sono stati somministrati a milioni di Pazienti; occasionalmente possono causare reazioni indesiderate non prevedibili. I Medici ed il personale sanitario sono addestrati per curare nel modo migliore queste reazioni, nel caso si verificassero.

POSSIBILI COMPLICANZE IN BASE ALLE PIÙ RECENTI CONOSCENZE SCIENTIFICHE

1. Reazioni minori al mezzo di contrasto, come starnuti, nausea, vomito, cefalea, febbre, orticaria. Queste reazioni non richiedono alcuna terapia.
2. Reazioni severe al mezzo di contrasto, come sbalzi pressori, edema polmonare, perdita di coscienza, che richiedono di solito una terapia medica. La probabilità che si verifichi una reazione di questo tipo è circa 1 su 6000 Pazienti (0.017%). Assai raramente, come succede con molti farmaci, i mezzi di contrasto possono causare il decesso. La probabilità che ciò avvenga è di circa 1 caso su 100.000 Pazienti (0,001%).
3. Possibilità che il MDC provochi un peggioramento, di solito transitorio, della funzionalità dei reni (3% dei Pazienti) che può verificarsi soprattutto nei Pazienti che hanno già problemi renali e soprattutto se sono anche diabetici.
4. Danni legati all'esposizione da radiazioni ionizzanti, comuni alla maggior parte delle procedure radiologiche che impiegano raggi X ed estremamente rari in caso di un corretto uso delle indagini disponibili.

ESISTONO INDAGINI DIAGNOSTICHE ALTERNATIVE A QUELLA PROPOSTA - Le principali indagini radiologiche alternative alla TC sono l'Ecografia e la Risonanza Magnetica (RM). L'Ecografia ha una panoramicità minore e dipende dall'esperienza dell'Operatore, la RM non usa radiazioni ionizzanti ma ha indicazioni particolari che devono essere valutate dal Medico Radiologo di volta in volta.

**Dichiaro di essere stato/a informato/a in modo comprensibile ed esauriente dal Medico.
Sono a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.**



Azzano Decimo, _____ **Firma del paziente** _____

_____ **Firma del medico radiologo** _____

INFORMAZIONI CLINICHE NECESSARIE ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME TC CON MDC

(Da compilare a cura del medico curante o specialista)

1) Sospetto clinico/diagnostico: _____

2) Presenza di altre condizioni (note al Medico) in grado di aumentare il rischio specifico di questa procedura

Cardiopatia/insufficienza cardiaca congestizia

Diabete

Tireopatia

Nefropatia

Asma

Se Sì, il paziente è in trattamento dialitico? SI - NO

Altro: _____

3) Pregresse reazioni a farmaci? FORSE SI NO

Se Sì, a quali farmaci? _____

4) Eventuali allergie? FORSE SI NO

Se Sì, a quali farmaci? _____

5) Attualmente sta assumendo farmaci?

Se Sì, a quali farmaci? _____

6) Il paziente è diabetico? SÌ NO

7) Pregresse reazioni al mezzo di contrasto? FORSE SÌ NO

ATTENZIONE: A seguito di allergia (punto 4) il Medico Curante o Specialista deve prescrivere la premedicazione descritta nel modulo **M7.2-RX_05-Preparazione TC con MDC** disponibile sul sito internet o presso la segreteria.

8) Risultati degli esami ematochimici indispensabili per l'iniezione del mezzo di contrasto:

➤ CREATININEMIA mg/dl _____ con eGFR sangue _____ ml/min/1.73

ATTENZIONE: FATTORI DI RISCHI - Se dovesse verificarsi una delle due seguenti condizioni, per tutelare la sicurezza/salute del paziente, l'esame non può essere eseguita presso la nostra struttura. S'invita il paziente a rivolgersi ad una struttura ospedaliera o equivalente. Le condizioni sono:

- A. creatininemia > di 1.3 mg/dl e eGFR < 30ml/min/1.73;
- B. Reazioni al mezzo di contrasto (punto 6).

Timbro e firma del medico curante

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME DI TC CON MDC

Con la presente dichiarazione, quale manifestazione piena, libera ed incondizionata della mia volontà,

DICHIARO

- di aver ricevuto dal Medico che mi ha esposto i contenuti di questo consenso, esaurienti e chiare informazioni sugli scopi dell'indagine radiografica a cui sarò sottoposta e sulle modalità con cui esso/a verrà eseguito/a.
- ho compreso quali potrebbero essere i potenziali rischi/inconvenienti dell'indagine e il rapporto rischio/beneficio dell'utilizzo del mezzo di contrasto.
- di ritenere che l'esposizione di quanto sopra descritto sia avvenuta in modo chiaro e comprensibile e giudico appropriato il tempo che mi è stato concesso per valutare i contenuti e per porre eventuali domande. Sono soddisfatta delle risposte avute ed ho avuto il tempo necessario per poter prendere serenamente le mie decisioni.
- dichiaro di aver informato dettagliatamente i Medici riguardo i precedenti interventi chirurgici subiti, eventuali allergie o reazioni a farmaci, le patologie di cui sono attualmente affetto e la terapia medica in corso.

Acconto, e chiedo espressamente, di essere sottoposto/a alla procedura oggetto del presente consenso.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Autorizzo l'operatore ad eseguire eventuali procedure addizionali ritenute opportune durante l'esecuzione dell'esame.

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO



Lo stato di gravidanza è una controindicazione all'esecuzione di un esame radiologico.

Per questo motivo, la paziente dichiara di ESSERE o NON ESSERE in stato di gravidanza o presunta.

Azzano Decimo, _____

Firma del paziente _____

Il Medico che acquisisce il consenso, attesta l'avvenuta comprensione delle informazioni da parte del paziente.

Firma del Medico Radiologo Responsabile dell'esame _____

Spazio riservato ai genitori o al tutore legale nel caso di pazienti minori

Il/La sottoscritto/a _____ genitore esercente la patria potestà o tutore legale di _____ autorizza l'esecuzione dell'esame RX con le modalità ritenute più opportune dal medico radiologo e si rende responsabile dell'autorizzazione anche da parte dell'altro genitore.

Data _____

Firma del genitore o del tutore legale _____

Data _____

Firma del minore responsabile (tra 14-17 anni) _____