

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER T.A.C. (TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA)
CON MEZZI DI CONTRASTO ORGANOIODATI
PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

Paziente _____

Medico inviante _____

Indagine richiesta _____

Sospetto clinico per cui si richiede l'indagine radiologica _____

Anamnesi _____

In ottemperanza alla Nota del Ministero della Sanità del 17.09.97 sulla utilizzazione dei mezzi di contrasto si informa il medico radiologo sui dati anamnestici e clinici del paziente relativi a:

Allergia al mezzo di contrasto	si	Lieve	Media	Grave	no
Terapia farmacologica eventuale:					
Altre allergie note	si				no
Ipertensione	si	Lieve	Media	Grave	no
Ipertiroidismo	si	Lieve	Media	Grave	
Cardiopatìa	si	Lieve	Media	Grave	no
Encefalopatìa	si	Lieve	Media	Grave	no
Nefropatìa	si	Lieve	Media	Grave	no
Diabete	si	Lieve	Media	Grave	no
Gotta		Lieve	Media	Grave	
Epatopatìa	si	Lieve	Media	Grave	no
Malattìa infettiva	Si, quali				no
Anamnesi per mieloma	si				no
Trattamento in atto con farmaci	Si, specificare				no
Assunzione di alcol, droghe	Si, specificare				no
Effettuazione in precedenza di esame con mezzo di contrasto	Si, specificare				no
Esecuzione di precedente trattamento desensibilizzante per esami contrastografici	si				no
Creatinina: Indicare il valore dell'esame eseguito entro i 2 mesi precedenti la data dell'esame					

IN CASO DI ALLERGIA SI VEDA PROFILASSI PAG.2

Data _____ FIRMA DEL MEDICO CURANTE _____

Il medico responsabile dell'esecuzione dell'esame preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica AUTORIZZA l'esecuzione dell'indagine.

Data _____ Firma del Medico Rianimatore _____

PAZIENTE _____

GIORNO DELL'ESAME _____ ORA _____

**PROFILASSI ANTIALLERGICA CONSIGLIATA:
(in presenza di uno o più fattori di rischio)**

- Nel dubbio di allergie generiche (arrossamenti della cute, prurito cutaneo)
Assumere nei 3 giorni precedenti compreso il giorno dell'esame una cp al giorno di ROBILAS 20mg
oppure ZIRTEC 10 mg
- Se accertata e documentata allergia con riscontro di orticarie, cefalea, disturbo della respirazione, dolore toracico
Assumere nei 3 giorni precedenti compreso il giorno dell'esame:
- ROBILAS 20 oppure ZIRTEC 10 mg 1 cp al giorno
 - DELTACORTENE 25 mg ½ cp al giorno
 - PPI (Pantoprazolo o similari)

Firma del Paziente per accettazione esame _____

**PROFILASSI DELLA NEFROPATIA IN PAZIENTI
CON CREATININA ELEVATA**

- Nel caso di pazienti con valori di creatinina elevati e filtrato glomerulare inferiore a 60 ml/min
- Bere almeno 2LT di acqua al giorno
 - Assumere FLUIMUCIL 600 1 cp al mattino e 1 cp alla sera il giorno prima e lo stesso giorno dell'esame

Firma del Paziente per accettazione esame _____

I pazienti con precedenti manifestazioni allergiche al mezzo di contrasto sono pregati di contattare tempestivamente il personale medico della struttura.

Il personale medico è sempre disponibile a eventuali osservazioni o richieste da parte del Medico Curante.

PARTE RISERVATA AL PAZIENTE

L'esame TAC proposto dal suo medico richiede l'iniezione endovenosa di un farmaco, mezzo di contrasto organoiodato che rende visibili organi o alterazioni strutturali altrimenti non analizzabili.

I mezzi di contrasto iodati utilizzati sono generalmente ben tollerati e quasi del tutto privi di effetti collaterali. Nonostante l'elevato grado di sicurezza, i mezzi di contrasto non sono tuttavia esenti da reazioni avverse, che sono distinte in:

1. **Tossicità d'organo** (renale, cardiovascolare, metaboliche) aggravate in caso di alterazioni preesistenti.
2. **Effetti indesiderati di tipo allergico di grado lieve o moderato**: stravasamento in sede di iniezione, sudorazione, nausea e vomito, gusto alterato
3. **Reazioni imprevedibili** (di tipo immuno-allergico):
 - o Reazioni lievi prurito, eritema, orticaria, congestione nasale, tosse
 - o Moderate: 0.022% (persistenza ed aumento d'intensità dei sintomi minori, dispnea, ipotensione)
 - o Reazioni severe: 0.0025% (broncospasmo, edema della glottide, ipotensione marcata, bradicardia, shock, edema polmonare, aritmie, convulsioni, coma) che in casi eccezionali possono provocare il decesso.
 - o Reazioni tardive (1h, alcuni giorni): 0.5-2% (eruzioni cutanee, sindrome simil-influenzale, disturbi gastrointestinali, dolori agli arti, possibile effetto di fotosensibilizzazione).

LA PROFILASSI FARMACOLOGICA NON GARANTISCE IN MODO ASSOLUTO L'ASSENZA D'INSORGENZA DI REAZIONI AVVERSE SIA LIEVI CHE GRAVI.

A SECONDA DEL QUESITO CLINICO SI PUÒ RENDERE NECESSARIO LA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER OS ALLO SCOPO DI OPACIZZARE LE ANSE INTESTINALI.

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI RADIOLOGICI CON INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER VIA ENDOVENOSA.

(PARTE RISERVATA ALL'UTENTE)

Il consenso è personale, la firma deve essere del paziente, in caso di impossibilità fisica alla firma il consenso può essere raccolto oralmente e certificato dalla presenza di testimoni e dal medico richiedente.

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov.(____)

Il: ___/___/___/; dichiara di avere correttamente inteso quanto illustrato nella scheda informativa e accetto di sottopormi all'esame con somministrazione di mezzo di contrasto. Mi è stato spiegato che tale indagine, come accade per tutte le discipline mediche, non è esente da complicanze anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza. Tali complicanze possono assai raramente ed imprevedibilmente risultare letali (circa 1 caso su 200.000 iniezioni). Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure necessarie e confermo di aver avuto risposte esaurienti.

Note: _____

Torino, li ___/___/_____

FIRMA DEL PAZIENTE O DEL GENITORE TUTORE

SI PREGA DI ALLEGARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE (cartella clinica, descrizione di progressi interventi, radiografie, esami di laboratori ed ecografie) INERENTI LA PATOLOGIA.

Preso atto e verificato direttamente dal paziente in quanto riportato e sottoscritto dal medico curante:

Torino, li ___/___/_____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO RADIOLOGO