

**INDAGINI DIAGNOSTICHE ECOGRAFICHE, TC E RM CON MDC****Quesito clinico – Anamnesi - Indicazioni per la preparazione – Consenso**

Questo stampato raccoglie le informazioni sullo stato di salute del Paziente, necessarie al corretto espletamento dell'esame richiesto.

Si prega di leggerlo e compilarlo con attenzione, ciascuno per le parti di propria competenza.

Una volta completato, il Paziente avrà cura di consegnarlo o inviarlo via fax, unitamente all'impegnativa, allo 0421 764222 (Portogruaro), allo 0421 227608 (San Donà) o allo 0421 388810 (Jesolo), portando con sé gli originali il giorno dell'esame.

DATI DEL PAZIENTE (eventuale etichetta)

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

Telefono _____

Provenienza:

 Interni U.O. _____ Esterni _____ Altra ULSS _____**TIPO DI ESAME RICHIESTO** TC senza/con MdC iodato Angiografia con MdC iodato RM senza/con MdC paramagnetico (*) Ecografia con MdC (CEUS) Altro _____

(*) Per la Risonanza Magnetica deve essere compilato anche il "Questionario anamnestico specifico per indagini RM"

Settore anatomico (specificare) _____

Notizie cliniche e quesito diagnostico (OBBLIGATORIO) _____

Creatininemia * (entro 3 mesi**) _____ PESO (Kg) _____

(*) Non necessaria in caso di Ecografia con MdC (CEUS)

(**) 7 giorni se il paziente è ricoverato

RACCORDO ANAMNESTICO PER ESAME CON MDC1. **Precedenti reazioni avverse moderate/severe al MdC** NO SISe SI: MdC iodato (TC) MdC paramagnetico (RM)2. **Allergie** NO SI (Se SI, specificare tipo e eventuale trattamento: _____)3. **Asma** NO SI4. **Ipertiroidismo** NO SI5. **Sindrome coronarica acuta recente** NO SI6. **Scompenso cardiaco** NO SI7. **Diabete** NO SI8. **Insufficienza renale** NO SI (eGFR ml/min/1.73m² _____)9. **Tattamento in atto con uno dei farmaci elencati** (sottolineare quali): NO SI**β-bloccanti // Interleukina 2 // Trattamento chemioterapico // FANS // Aminoglicosidi // Metformina***

Se SI a 1 e/o 2 e/o 3, indicata consulenza allergologica. Qualora non fosse possibile accedere a un centro di riferimento allergologico in tempi utili, eseguire **PREMEDICAZIONE** (vedi schema sotto)

Se SI a 8, e SOLO in caso di MdC IODATI (TC), procedere alla **PRE-IDRATAZIONE** (vedi sotto)

* Se il valore della creatininemia è normale, nessun intervento; per valori anomali della creatininemia, sospensione a giudizio del Medico Curante.

** In caso di eGFR < 30 ml/min/1.73m² sospendere la METFORMINA dal momento dell'esame e ripristinarla 48 h dopo previo controllo del eGFR.

Data _____ Timbro e firma Medico Curante _____

PREPARAZIONE: mantenere DIGIUNO nelle 4 h precedenti l'esame.**PRE-IDRATAZIONE, SOLO per MdC IODATI e SOLO in caso di:**- eGFR < 45 ml/min/1.73m² per gli esami angiografici e/o in Pazienti in terapia intensiva;- eGFR < 30 ml/min/1.73m² in caso di iniezione ev del MdC.

Pazienti ricoverati: in Reparto, 1 h prima del MdC somministrazione ev (3 ml/kg/h) di bicarbonato di sodio (154 mEq/l in soluzione salina 0,9%).

Pazienti ambulatoriali: preparazione eseguita in Radiologia. Presentarsi 1 h prima dell'esame.

**PREMEDICAZIONE** (a cura del Medico Curante):

Nel caso di Pazienti con anamnesi positiva per **reazione avversa grave a MdC** (shock ipotensivo, arresto respiratorio e/o cardiaco), utilizzare uno schema di premedicazione per via orale con:

- prednisone 50 mg (o metilprednisolone 32 mg), 13, 7 ed 1 ora prima dell'esame;
- antistaminico (per es. cetirizina), 1 ora prima dell'esame.

oppure per via intramuscolare o endovenosa con:

- metilprednisolone 40 mg, 13, 7 e 1 ora prima dell'esame;
- clorfenamina 10 mg, 1 ora prima dell'esame.

Sarà cura della Radiologia allertare l'anestesista/rianimatore per opportuna assistenza.

Nel caso di Pazienti con **orticaria e/o angioedema ricorrente, mastocitosi o anafilassi idiopatica**, effettuare una premedicazione per via orale con:

- prednisone 50 mg (o metilprednisolone 32 mg), 12 e 2 ore prima dell'esame;
- antistaminico (per es cetirizina), 1 ora prima dell'esame.

oppure per via intramuscolare o endovenosa con:

- metilprednisolone 40 mg, 12 e 2 ore prima dell'esame;
- clorfenamina 10 mg, 1 ora prima dell'esame, cui aggiungere montelukast 10 mg.

Nel caso di Pazienti con **orticaria in atto o asma bronchiale sintomatico**, se possibile, rimandare l'esame fino alla stabilizzazione del quadro clinico.

Nel caso di Pazienti a rischio (per es. con orticaria-angioedema in atto, asma bronchiale sintomatico, angioedema ricorrente, mastocitosi o anafilassi idiopatica) che necessitino di **esame in urgenza**, si può prendere in considerazione lo schema di **premedicazione rapida** per via endovenosa con bolo di idrocortisone 200 mg + clorfenamina 10 mg subito prima dell'esame (nel caso di pazienti con anamnesi positiva per **reazione avversa grave a MdC** utilizzare la premedicazione rapida e allertare l'anestesista/rianimatore).

Data _____ Timbro e firma Medico Curante _____

Verificato quanto dichiarato nel RACCORDO ANAMNESTICO PER ESAME CON MDC, il Paziente può essere sottoposto all'indagine richiesta.

Data _____ Firma Medico responsabile dell'esecuzione dell'esame _____

INDAGINI DIAGNOSTICHE ECOGRAFICHE, TC E RM CON MEZZO DI CONTRASTO

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto dichiaro di essere stato adeguatamente informato relativamente a:

- finalità, modalità di espletamento e rischi inerenti l'esame diagnostico e/o terapeutico a cui devo essere sottoposto, necessario all'accertamento e/o cura della mia condizione clinica;
- possibilità che l'uso del mezzo di contrasto possa causare eventi avversi non prevedibili.

Dichiaro di aver effettuato la **PRE-IDRATAZIONE** **NO** **SI** (**Firma I.P.** _____)

Dichiaro di aver effettuato la **PREMEDICAZIONE** **NO** **SI**

Per donne in età fertile, dichiaro di essere:

- in stato di **gravidanza** **NO** **SI** se SI, settimane _____
- in allattamento **NO** **SI**

Io sottoscritto accetto / non accetto di sottopormi all'esame proposto.

Data _____ Firma del Paziente _____