

SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

INFORMATIVA E CONSENSO ALLA TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) E ALL'IMPIEGO EVENTUALE DEL MEZZO DI CONTRASTO

	n°.....	Accettato referti cartacei precedenti in visione
	n°.....	Esami su supporto (CD/pellicola) precedenti in visione

Peso Kg.....

SCHEDA INFORMATIVA TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC O TAC)

- Il Medico che la sta curando ha ritenuto opportuno prescrivere l'esecuzione di un esame di Tomografia Computerizzata (TC o TAC);
- L'esame ha specifiche indicazioni e, al fine di rendere più agevole e precisa la diagnosi, si raccomanda di portare con sé, oltre alla richiesta del Medico prescrittore, i referti di eventuali recenti consulenze specialistiche e tutte le indagini cliniche e radiologiche, relative all'organo o all'apparato di interesse, in precedenza eseguite;
- Durante la gravidanza è di norma controindicato eseguire l'esame;
- La TC è un esame relativamente semplice che può durare da 5 a 20 minuti per ogni parte del corpo esaminata: la persona, posizionata su un lettino che viene inserito in un apparecchio di forma ad anello con un'apertura piuttosto ampia, deve rimanere più ferma possibile, respirando regolarmente o, quando richiesto, trattenendo brevemente il respiro;
- Quando è previsto l'impiego del mezzo di contrasto, prima dell'esame il personale provvede ad incannulare una vena periferica, in genere del braccio, con un ago-cannula che viene lasciata in sede fino al termine dell'indagine;
- Nel corso dell'esame la persona è costantemente controllata visivamente ed acusticamente dal personale sanitario.

PREPARAZIONE

- Se la TC è eseguita senza mezzo di contrasto, i farmaci che si prendono usualmente vanno assunti come di abitudine, anche prima dell'esame (vedi oltre);
- Se è previsto l'impiego di mezzo di contrasto è bene osservare il digiuno per almeno 6 ore prima dell'esame (l'acqua è consentita, come i farmaci) e portare con sé i referti di glicemia, creatininemia e GFR rilevati non oltre gli ultimi 90 giorni prima dell'esame;
- In caso di insufficienza renale nota, gli esami di funzionalità renale (espressa come GFR) devono essere stati eseguiti di recente, non oltre 7 giorni prima dell'esame. L'esame non può essere eseguito con mezzo di contrasto se il GFR è ≤ 30 ml/min/1.73 m²;
- In caso di terapie con farmaci nefrotossici (ad es.: pazienti oncologici) ogni caso va valutato singolarmente dal medico radiologo e/o anestesista;
- Qualora lo specialista Radiologo ritenesse indispensabile una idratazione prima e dopo l'esame con mezzo di contrasto endovena, consiglierà di eseguire l'accertamento in ambito ospedaliero;
- Protesi dentarie fisse o mezzi metallici di osteosintesi possono rendere disagevole la diagnosi se presenti nell'organo o apparato in esame: la loro presenza va segnalata agli operatori;
- **Per eseguire l'esame è inoltre necessario:**
 - Togliere tutti gli oggetti metallici e strumenti elettronici (orologi, chiavi, monete, carte di credito, telefonini, telecomandi, vestiti con cerniere o clips, cinture, spille, ecc.);
 - Togliere piercing, gioielli, fermagli, occhiali e protesi mobili (protesi dentarie temporanee, dentiere, apparecchi per l'udito, cinti o busti sanitari, ecc.).

UTILIZZO DEL MEZZO DI CONTRASTO SCHEMA INFORMATIVA

- In caso di precedenti allergie o reazioni avverse al mezzo di contrasto, sarà prescritto un trattamento farmacologico da assumere prima e dopo la somministrazione del mezzo di contrasto endovena, come da istruzioni fornite con foglio a parte;
- In caso di precedenti reazioni avverse severe al mezzo di contrasto endovena, verrà consigliato di eseguire l'esame in ambito ospedaliero, previa valutazione anestesiológica;
- I mezzi di contrasto per TC sono prodotti estremamente sicuri e già somministrati a milioni di persone. In genere al momento dell'iniezione non si avverte nulla o talora una lieve sensazione di calore; occasionalmente sono possibili reazioni indesiderate;
- **Queste possono essere:**
 - **minori** (come ad esempio starnuti o nausea), che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono rapidamente, la loro probabilità è dell'1% (1 caso su 100 persone che eseguono l'esame);
 - **severe** (come ad esempio battiti cardiaci irregolari, difficoltà respiratorie, convulsioni o perdita di coscienza), che richiedono di solito terapia medica: la probabilità di queste reazioni è di circa 0,017% (1 caso su 6000 esami eseguiti);
 - **fatali**: molto raramente, come può accadere con altri farmaci, anche il mezzo di contrasto può determinare la morte: la probabilità che ciò avvenga è di circa 0,00001% (1 caso su 100.000 esami);
 - vi è anche la possibilità (in circa il 3% delle persone sottoposte all'esame) che il mezzo di contrasto provochi un peggioramento della funzionalità renale, di solito transitorio; tale evenienza è più probabile nelle persone con funzionalità renale già compromessa al momento della TC, soprattutto se anche affette da diabete mellito;
- Presso il Centro Medico è sempre presente uno specialista anestesista, pronto ad intervenire in caso di bisogno;
- Il personale medico e sanitario del servizio di Diagnostica per Immagini è addestrato a trattare tali reazioni;
- Qualora Lei sia in trattamento con il farmaco **METFORMINA** e la funzionalità reale sia ridotta, è necessario sospendere la terapia 48 ore prima e 48 ore dopo l'esame, previo assenso anche del proprio Medico curante;
- L'assunzione di farmaci β -bloccanti o ace-inibitori deve essere sospesa il giorno dell'esame, previo assenso anche del proprio Medico curante;
- La persona che si sottopone all'esame con mezzo di contrasto deve essere accompagnata da una persona in grado di guidare, in quanto potrebbe rendersi necessaria la somministrazione di farmaci in grado di compromettere l'idoneità alla guida nelle ore successive.

HA SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI SU:

Testa si (.....) no (.....) Collo si (.....) no (.....) Torace si (.....) no (.....)
Addome si (.....) no (.....) Arti si (.....) no (.....) Altro si (.....) no (.....)

Se sì, tipo di intervento

Data dell'intervento

CONSENSO

Io sottoscritto/a (cognome e nome).....
dichiaro di essere stato/a informato/a in modo esauriente e di avere avuto risposte e chiarimenti adeguati agli eventuali dubbi espressi, nonché di avere fornito correttamente ogni informazione richiesta nella presente nota informativa e pertanto **ACCONSENTO** a:

- **Sottopormi all'esame TC** prescritto

.....

Firma

- All'eventuale **iniezione di mezzo di contrasto**

.....

Firma

.....

Data

PER LE DONNE:

data delle ultime mestruazioni

è in stato di gravidanza?..... sì (.....) no (.....)

se sì, in che mese si trova?.....

.....

Firma

.....

Firma del Medico Responsabile

MANCATO CONSENSO (EVENTUALMENTE)

Io sottoscritto/a - pur esaurientemente informato/a sulle modalità operative, sui possibili eventi avversi all'esame prescritto e sulle possibili conseguenze negative derivanti dalla mancata esecuzione dello stesso - dichiaro liberamente di **NON ACCONSENIRE all'esecuzione dell'esame, che pertanto NON viene eseguito.**

.....
Data

.....
Firma

PER L'ESECUZIONE DI ESAMI AI MINORI/INABILI IL MODULO VA COMPILATO DA CHI ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE O DAL RESPONSABILE LEGALE

Io sottoscritto/a (cognome e nome).....
nato/a il.....a.....
residenza.....via.....

in qualità di:

Genitore Legale responsabile del/la minore/inabile

del peso di Kg.....

dichiaro di essere stato/a informato/a in modo esauriente e di avere avuto risposte e chiarimenti agli eventuali dubbi espressi, nonché di avere fornito correttamente ogni notizia richiesta nella presente nota informativa e pertanto **ACCONSENTO:**

- alla **esecuzione dell'esame TC** prescritto

.....
Firma

- All'eventuale **iniezione di mezzo di contrasto**

.....
Firma

- **PER LE SOLE MINORI OLTRE I 12 ANNI DI ETÀ:**

data delle ultime mestruazioni

è in stato di gravidanza?..... si (.....) no (.....)

se sì, in che mese si trova?.....

.....
Firma

.....
Data

.....
Firma del Medico Responsabile

MANCATO CONSENSO (EVENTUALMENTE)

Io sottoscritto/a (cognome e nome).....
in qualità di:

Genitore Legale responsabile del/la minore/inabile

pur esaurientemente informato/a sulle modalità operative, sui possibili eventi avversi all'esame prescritto e sulle possibili conseguenze **negative** derivanti dalla mancata esecuzione dello stesso al minore/inabile, dichiaro liberamente di **NON ACCONSENIRE all'esecuzione dell'esame, che pertanto NON viene eseguito.**

.....

Data

.....

Firma

ISTRUZIONI VALIDE PER TUTTE LE TC CON MDC

Sig./Sig.ra: _____

APPUNTAMENTO PER IL GIORNO: _____ ALLE ORE _____

- Le **donne in stato di gravidanza** NON POSSONO ESEGUIRE L'ESAME;
- Presentarsi a DIGIUNO da cibi solidi da almeno 6 ore; l'assunzione di acqua è consentita;
- Le eventuali terapie farmacologiche in atto devono continuare ad essere assunte secondo l'indicazione del proprio medico curante, con esclusione di:
 - **Metformina**, da sospendere a partire dal giorno precedente l'esame e per le 48 ore successive;
 - **β -bloccanti e ACE-inibitori** che devono essere sospesi il giorno dell'esame;
- E' necessario che il giorno dell'esame siano portati tutti gli **ESAMI PRECEDENTI** relativi all'organo o all'apparato da esaminare e i seguenti esami ematochimici eseguiti da non più di 90 giorni **CREATININA e GLICEMIA**;
- La durata della TC varia in relazione ai distretti corporei che devono essere esaminati. **In media l'esame dura circa 10-15 minuti**;
- Potrebbe rendersi opportuna una permanenza presso il Centro Medico per almeno 30 minuti dopo l'esame;
- La TC del torace o dell'addome va effettuata dopo almeno 2 giorni dall'esecuzione di altre indagini contrastografiche (studi radiografici dell'apparato digerente, urografie, interventistica, ecc...) e dall'esecuzione di indagini endoscopiche;
- Per l'esecuzione dell'esame a soggetti minorenni deve essere assicurata la presenza di almeno uno dei genitori ed è necessario consegnare anche il consenso informato sottoscritto dall'altro genitore;
- La persona che esegue l'esame dovrà essere accompagnata da una persona in grado di guidare, in quanto durante l'esame potrebbe rendersi necessario somministrare farmaci che potrebbero compromettere la guida nelle ore successive l'indagine;
- Presentarsi all'accettazione almeno 30 minuti prima dell'esecuzione dell'esame, muniti di impegnativa e tessera sanitaria;
- Protesi dentarie fisse o mezzi metallici di osteosintesi possono rendere disagiata la diagnosi se presenti nell'organo o apparato in esame: la loro presenza va segnalata al personale addetto all'esame;
- Per eseguire l'esame è necessario **togliere tutti gli oggetti metallici e strumenti elettronici**.

N.B.: I SOGGETTI ALLERGICI DEVONO ATTENERSI ANCHE ALLE ISTRUZIONI DI PREPARAZIONE FORNITE CON FOGLIO A PARTE

- TC ADDOME COMPLETO CON MDC - 88.01.06**
- TC TORACE CON MDC (E/O: POLMONI, AORTA TORACICA, TRACHEA, ESOFAGO, STERNO, COSTE, MEDIASTNO) - 87.41.1**

INDICAZIONI AGGIUNTIVE SPECIFICHE PER I SINGOLI ESAMI

- TC CAPO E/O ENCEFALO CON MDC - 87.03.1**
 - Presentarsi a DIGIUNO da almeno 8 ore; l'assunzione di acqua è consentita.



PER CONOSCERE MEGLIO IL CENTRO MEDICO E LE PRESTAZIONI SANITARIE CHE SONO EROGATE, VISITATE IL SITO: www.centromedicosanbiagio.it

UTILIZZO DEL MEZZO DI CONTRASTO

NOTA INFORMATIVA SULLA PREPARAZIONE FARMACOLOGICA IN SOGGETTI ALLERGICI E

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE

Gli assistiti che devono eseguire un esame radiologico con mezzo di contrasto somministrato per via endovenosa e che abbiano una anamnesi positiva per allergia sono tenuti ad eseguire una **preparazione farmacologica** prima di sottoporsi all'esame.

- La preparazione farmacologica va eseguita in accordo con il **proprio medico curante, cui è demandata la prescrizione dei farmaci stessi**. Per eventuali chiarimenti in merito, il curante potrà a sua discrezione contattare il Centro Medico dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00 al numero 0421.244.016.
- Assistiti per i quali va eseguita la preparazione farmacologica:
 - Soggetti con **allergia nota al mezzo di contrasto**;
 - Soggetti **asmatici**;
 - Soggetti **allergici in trattamento, continuo o meno, per il controllo dei sintomi** (es.: allergia al latte, al pelo degli animali, agli acari della polvere, alle graminacee, al nichel, ecc.);
 - Soggetti con storia pregressa di **importante reazione allergica** dopo esposizione a farmaci, veleno di imenotteri (api, vespe, ecc.), alimenti, ecc.
- Per importante reazione allergica si intende la comparsa di **anche solo una delle seguenti manifestazioni**:
 - **Respiratorie** (broncospasmo, edema delle vie aeree, angioedema, ecc.);
 - **Cardiovascolari** (ipotensione, lipotimia, ecc.);
 - **Cutanee** (reazioni orticarioidi, prurito diffuso, ecc.);
 - **Gastrointestinali** (nausea, vomito, ecc.).

▪ Preparazione farmacologica

12 ore prima dell'esame	Cortisonico: Prednisone (es.: Deltacortene): 25mg 2 compresse; Gastroprotettore: Pantoprazolo (es.: Pantorac): 40 mg 1 compressa; Antistaminico: Cetirizina (es.: Zirtec): 10 mg 1 compressa;
6 ore prima dell'esame	Cortisonico: Prednisone (es.: Deltacortene): 25mg 2 compresse;

Nel caso di persona per la quale non sia indicato assumere il cortisone sarà necessario somministrare Clorfenamina cloridrato (es.: Trimeton 10 mg - 1 fiala intramuscolo) prima dell'esame.

- Poiché la maggior parte delle possibili reazioni al mezzo di contrasto tendono a verificarsi nei primi 20 minuti dalla somministrazione dello stesso, l'assistito è tenuto a **trattenerci presso il Centro Medico** almeno 30 minuti dopo conclusione dell'esame.
- Poiché l'assunzione di Cetirizina (es.: Zirtec) potrebbe dare sonnolenza si consiglia, inoltre, di **non guidare l'auto**, né intraprendere altre attività che richiedano un normale livello di attenzione fino a 12 ore dopo la assunzione del farmaco.

N.B.: È necessario essere a digiuno da almeno tre ore prima dell'esecuzione dell'esame.

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE

Io sottoscritto (cognome e nome) _____

- Dichiaro di aver preso visione di quanto sopra riportato e di aver avuto la possibilità di chiedere eventuali delucidazioni in merito presso il Centro Medico, avendo ottenuto risposte chiare ed esaurienti.
- Dichiaro di aver assunto la preparazione farmacologica qui sopra consigliata in accordo con il mio medico curante.

Fossalta di Portogruaro, _____

Firma