



## INFORMATIVA ALL'ESECUZIONE DI ESAME TC CON MEZZO DI CONTRASTO CONSENSO INFORMATO

### 1. CHE COS'È

La **TC** è una tecnica diagnostica che utilizza radiazioni ionizzanti e fornisce, rispetto alla Radiologia tradizionale, un miglior dettaglio morfologico di tutte le strutture anatomiche.

Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica; inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso per il possibile rischio di danni al feto.

In questo esame può essere richiesto di utilizzare un farmaco e.v. denominato mezzo di contrasto (MdC), che serve per visualizzare e differenziare meglio gli organi da esaminare

### 2. A COSA SERVE

E' un'indagine di approfondimento diagnostico (2° livello) che sulla base d'indicazione clinica consente di studiare problematiche traumatologiche, oncologiche, infiammatorie e, più in generale, situazioni di urgenza-emergenza di tutti i distretti corporei.

### 3. COME SI EFFETTUA

Il paziente viene posizionato su un lettino che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (gantry) contenente la fonte di raggi X ed i dispositivi di rilevazione. I dati di rilevazione ottenuti vengono rielaborati da un computer che li trasforma in immagini del distretto esaminato. Esiste la possibilità di ottenere anche ricostruzioni anatomiche nei tre piani dello spazio. A discrezione del Medico Radiologo e in relazione al tipo di patologia da studiare, può essere necessario somministrare un mezzo di contrasto per via endovenosa che migliora il potere diagnostico della metodica.

### 4. COSA PUO' SUCCEDERE- EVENTUALI COMPLICANZE

Una **funzionalità renale compromessa** è il principale limite all'uso del **mezzo di contrasto organo-iodato**. Per tale motivo è richiesto il valore della **creatininemia recente**. I mezzi di contrasto iodati attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, ma occasionalmente possono dare le seguenti reazioni:

**MINORI** come vampate di calore, starnuti, nausea, vomito, orticaria circoscritta, sintomi che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono spontaneamente .

**MEDIE O SEVERE** come orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari o perdita di coscienza, shock anafilattico, edema della glottide, richiedono di solito terapia medica o l'intervento del rianimatore. In casi del tutto eccezionali, come avviene con molti altri farmaci, i mezzi di contrasto possono causare decesso.

I medici ed il personale della radiologia sono preparati sia per intervenire e per curare nel miglior modo possibile queste reazioni qualora si verificassero sia alla terapia adeguata da effettuare in caso di accidentali stravasi di m.d.c.. Esiste la possibilità di reazioni ritardate (entro una settimana), generalmente cutanee lievi, che si risolvono per lo più senza terapia. E' altresì possibile la comparsa di altri effetti collaterali, più rari, generalmente di lieve-media entità e l'aumento di probabilità di comparsa degli effetti collaterali segnalati, sia cause di patologie concomitanti e per esecuzione di altri trattamenti (farmacologici, chemioterapici,...).

### 5. MOLTO IMPORTANTE

Portare sempre tutti i precedenti esami radiologici (non solo TC) e referti di esami ematologici o di visite specialistiche, se eseguiti.

## PREPARAZIONE ALLA TC CON MEZZO DI CONTRASTO

Per la preparazione alla TC con mezzo di contrasto è necessario seguire queste indicazioni :

- se il paziente è sottoposto a terapia continuativa, può assumerla normalmente con acqua senza compromettere il digiuno.
- prima di entrare nella sala TC l'infermiere posizionerà, nell'ambulatorio, l'ago cannula che servirà per iniettare il mezzo di contrasto
- nel corso dell'esame, durante l'infusione del mezzo di contrasto, il paziente può provare una sensazione di calore generalizzato momentaneo che è del tutto normale.
- qualora il paziente accusi qualsiasi sintomatologia diversa (prurito alla gola, tosse, difficoltà respiratorie) lo deve riferire: verrà sentito dal personale attraverso il microfono presente.
- il medico, l'infermiera e il tecnico sono presenti durante tutta l'esecuzione dell'esame per qualsiasi necessità.
- dopo l'esecuzione dell'esame si può mangiare (salvo diverse disposizioni del medico )
- dopo l'esecuzione dell'esame , durante l'intera giornata, bere almeno 2 litri di acqua per facilitare l'eliminazione del mezzo di contrasto
- al termine dell'esame, qualora il medico lo ritenga necessario, verranno infusi dei liquidi, al fine di eliminare più velocemente il mezzo di contrasto.

APPUNTAMENTO: GIORNO \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_

**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 MDC**1. **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/1.73m<sup>2</sup> \_\_\_\_\_)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/1.73m<sup>2</sup> 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/1.73m<sup>2</sup> per gli esami angiografici e/o in Pazienti in terapia intensiva;- eGFR < 30 ml/min/1.73m<sup>2</sup> 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 \_\_\_\_\_