



Informativa e consenso TAC

INFORMATIVA AL PAZIENTE (Da consegnare al Medico prescrittore)

Il mezzo di contrasto (MDC) utilizzato viene iniettato nel circolo sanguigno ed è una sostanza a base di iodio che rende visibili all'esame radiologico gli organi interni. La somministrazione di queste sostanze può determinare effetti secondari, di regola di lieve entità e di breve durata (prurito, ponfi, senso di calore). È tuttavia possibile, seppure molto raramente e senza che si possa prevederne la comparsa, l'insorgenza di disturbi più gravi (diminuzione della pressione, difficoltà del respiro) e solo in via del tutto eccezionale pericolosi per la vita.

Il medico che esegue l'esame è in grado di garantirLe cure tempestive ed appropriate.

PREPARAZIONE A TC CON MEZZO DI CONTRASTO IODATO ENDOVENOSO

(da compilare a cura del Medico prescrittore, barrando ove necessario. Si prega cortesemente di rispondere a tutte le domande indicate)

Il/La Sig./Sig.ra _____ ha la necessità di essere sottoposto/a a _____ per la seguente indicazione _____

La paziente è in stato di gravidanza (certa o presunta) o in fase di allattamento: **sì** **no**

Presenta in anamnesi:

sì **no**

Paraproteinemia di Waldenström

Insufficienza epatica grave

Insufficienza renale moderata (FG inf. 45 ml/min- sup. 30 ml/ min):

- Pazienti con clearance creatinina compresa tra 30 e 45 ml/ min:

a. Infondere soluzione fisiologica 250 ml nell'ora precedente l'esame

b. Infondere soluzione fisiologica 500 ml nelle due ore successive all'esame

Insufficienza renale severa (FG inf. 30 ml/ min – sup. 10 ml/ min)

Espletata consulenza nefrologica preliminare

Si ritiene indispensabile l'esame ai fini diagnostici/prognostici/terapeutici nonostante i rischi connessi alla somministrazione del m.d.c.

Mieloma multiplo

Stati di grave sofferenza del miocardio o di insufficienza cardiocircolatoria

Ipertireosi

Diabete in trattamento con Metformina

NB: DA SOSPENDERE IL GIORNO DELL'ESAME

È in corso terapia anticoagulante orale

Anamnesi allergica al MDC

sì no

IN CASO AFFERMATIVO INVIARE IL PAZIENTE ALLA STRUTTURA CHE ESEGUIRÀ L'INDAGINE per consegna terapia desensibilizzante

Il paziente deve presentarsi il giorno dell'esame A DIGIUNO con gli esiti recenti (massimo 2 mesi precedenti la data di esecuzione dell'esame) di

• **CREATININEMIA**

• **GLICEMIA**

Data ____/____/____

Firma del medico prescrittore _____

N.B. La TC del torace e dell'addome va effettuata dopo almeno 2 giorni dall'esecuzione di altre indagini contrastografiche (studi radiografici dell'apparato digerente, urografie, interventistica)



Informativa e consenso TAC

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di aver informato il paziente sulle sue condizioni cliniche e sui relativi possibili trattamenti, procedure ed accertamenti, rischi ed effetti collaterali, in modo chiaro, con linguaggio semplice, assicurandomi della sua comprensione, di aver risposto ad ogni domanda e prendere atto della sua libera decisione di seguito espressa.

Data ___/___/_____

Firma e timbro del medico _____

FIRMA INFORMATIVA ED ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di aver ricevuto informazioni che mi hanno permesso di comprendere le mie condizioni cliniche e le procedure mediche propostemi, eventuali alternative, rischi e complicanze del trattamento anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti e le conseguenze della non effettuazione dell'indagine proposta. Dichiaro inoltre di acconsentire o di rifiutare il consenso alle procedure mediche descritte per l'accertamento diagnostico relativo alla mia patologia e al conseguente trattamento terapeutico e di essere *consapevole che potrò, in qualsiasi momento successivo, revocare il consenso qui espresso.*

ACCONSENTO

ad essere sottoposto all'esame TAC richiesto CON somministrazione di mezzo di contrasto (MdC)

NON ACCONSENTO

Ad essere sottoposto all'esame TAC richiesto

Data ___/___/_____ Firma del paziente _____

Firma dell'eventuale mediatore culturale _____

CONSENSO ESPRESSO DA GENITORI DI PAZIENTE MINORE

L'espressione del consenso sopra indicata corrisponde non corrisponde alla volontà del paziente minore.

Cognome e nome dei genitori

Qualora uno dei genitori non fosse in grado di firmare il consenso, sarà cura del genitore presente compilare ed allegare il modulo M PRS 11-DS-11, "Consenso minori in caso di assenza di uno dei genitori"

CONSENSO IN CASO CHE IL PAZIENTE SIA IMPOSSIBILITATO ALLA FIRMA

- Impossibilitato a firmare
- Non in grado di intendere e di volere
- Altro: specificare _____

Io sottoscritto/a _____ in qualità di _____ dichiaro di aver ricevuto informazioni che mi hanno permesso di comprendere le condizioni cliniche del paziente _____ e i trattamenti proposti, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti.

Dichiaro inoltre di acconsentire o di rifiutare il consenso per le procedure mediche sopra elencate e di essere consapevole che potrò, in qualsiasi momento successivo, revocare il consenso qui espresso.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

che il paziente venga sottoposto alle procedure mediche sopra elencate.

Firma _____