

**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	sì	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
Malattia 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**

**IN CASO DI CREATININA ELEVATA SI VEDA PROFILASSI NEFROPROTETTIVA**

**PAG.3**

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 \_\_\_\_\_

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

**Alla cortese attenzione del Medico Curante:**

*Gentile Collega,*

*al fine di poter procedere all'esame richiesto, ti prego di confermare o escludere la presenza di allergie e se necessario procedere al protocollo di desensibilizzazione.*

Paziente allergico a : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prescritto protocollo come da schema:

- SI  
 NO

Data \_\_\_\_\_ FIRMA DEL MEDICO CURANTE \_\_\_\_\_

**PROTOCOLLO DESENSIBILIZZAZIONE**

Nei due giorni precedenti l'esame assumere:

- DELTACORTENE 25 mg 1 compressa per 2 volte (ore 08:00 – 20:00)
- ZIRTEC 10 mg 1 compressa al giorno (ore 22:00)
- OMEPRAZOLO 20 mg 1 compressa al mattino.

Il giorno successivo all'esame assumere:

- DELTACORTENE 25 mg 1 compressa per 2 volte (ore 08:00 – 20:00)

Il secondo giorno dopo l'esame:

- DELTACORTENE 25 mg 1 compressa (ore 08:00)

Eventuali variazioni di protocollo, in pazienti diabetici, ipertesi e con patologie gastroepatiche, sono a discrezione del medico curante.

In caso di terapia farmacologica, continuarne l'assunzione.

## PROFILASSI NEFROPROTETTIVA IN PAZIENTI CON CREATININA ELEVATA

Il suo assistito verrà sottoposto presso la nostra Radiologia ad esame con mezzo di contrasto endovenoso.

Il paziente, se stabile clinicamente, dovrà presentarsi con un controllo della funzionalità renale (*creatininemia o GFR*) eseguita entro un mese dall'esame.

Qualora l'insufficienza renale non sia stabile, è di norma controindicato l'esame con mezzo di contrasto con la sola preparazione per os.

Se gli esami preliminari indicassero l'esistenza di iniziale insufficienza renale - **GFR tra 40 e 60** -, è raccomandata la premedicazione per via orale per la prevenzione del danno renale da MDC:

- ❖ Adeguata idratazione per os (almeno 1.5 litri/die di acqua o brodo) il giorno precedente e il giorno seguente l'esame, se non vi sono controindicazioni cardiologiche;
- ❖ Assumere Acetilcisteina 600 mg (Fluimucil o Solmucol) x 2 volte/die per 3 giorni, dal giorno precedente al giorno successivo l'esame;
- ❖ Assumere Bicarbonato o Citrosodina 2-3 cucchiaini (sciolti nell'acqua) x 3 volte/die per 3 giorni, dal giorno precedente al giorno successivo all'esame;
- ❖ Evitare l'assunzione di farmaci antiinfiammatori non steroidei – FANS – (anche topici) o purganti nei 2-3 giorni precedenti all'esame;
- ❖ Evitare l'introduzione di terapia diuretica (o l'aumento della posologia di diuretici già in terapia) nei giorni vicini all'esame;
- ❖ In caso di terapia con METFORMINA, valutarne l'eventuale sospensione o sostituzione con altro farmaci ipoglicemizzante fino al primo controllo della creatininemia.

In caso di  $GFR < 60$ : si raccomanda inoltre un monitoraggio successivo della funzionalità renale con controllo della creatininemia a 72 ore e 14 giorni.

In caso di  $GFR > 40$ : si raccomanda, se non vi sono controindicazioni, l'idratazione per via ev con soluzione isotonica di  $NaHCO_3$  secondo lo schema seguente:

- $NaHCO_3$  1.4% a 3ml/kg/ora per un'ora prima dell'iniezione ev di MDC e per 6 ore dopo la procedura a 1ml/kg/ora.

NB.: nei pazienti con frazione di eiezione ridotta o scompenso cardiaco si consiglia la riduzione empirica della velocità di infusione.

Data \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA 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):
  - Reazioni lievi prurito, eritema, orticaria, congestione nasale, tosse
  - Moderate: 0.022% (persistenza ed aumento d'intensità dei sintomi minori, dispnea, ipotensione)
  - 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.
  - 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.

**In qualsiasi momento è possibile liberamente ritirare il proprio consenso.**

Accetto l'indagine proposta

rifiuto l'indagine proposta

**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 pregressi 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