



MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO alle **PROCEDURE
DIAGNOSTICHE CON MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO (TAC)**

Io sottoscritto/a:

Cognome | _____

Nome | _____

Nato/a | _____ (Prov. | _____)

Il | ____/____/____

dichiaro di essere stato informato/a riguardo la procedura diagnostica di:

(specificare il tipo di procedura)

In particolare, nel corso del colloquio con il Medico, ho avuto modo di comprendere, nei contenuti essenziali, le caratteristiche della procedura:

- modalità di esecuzione
- modalità di preparazione
- finalità e vantaggi
- rischi connessi/complicanze
- necessità di effettuare eventuali indagini successive
- condizioni individuali particolari degne di nota: _____
- e le altre alternative diagnostiche

PERTANTO, CON LA CONSAPEVOLEZZA CHE IL CONSENSO PUÒ ESSERE REVOCATO IN QUALSIASI MOMENTO,

acconsento **non acconsento**

a sottopormi alla procedura indicata

Lauria, li | ____/____/____

Firma dell'interessato

Firma del Medico Radiologo

REVOCA DEL CONSENSO

Consenso revocato in data: | ____/____/____

Firma dell'interessato

Firma del Medico Radiologo



SEZIONE RISERVATA AL MEDICO

Nell'inviare il paziente che deve effettuare TAC con mezzo di contrasto, si dichiara di aver verificato la presenza del referto di **creatinina** (non antecedente i 30 giorni, in caso di diabete in trattamento con Metformina non antecedente a 7 giorni) e di averne contestualmente valutato i risultati al fine di fornire l'idoneità all'esecuzione della sopracitata indagine diagnostica.

Note anamnestiche rilevanti

Gravidanza in atto si no

data ultime mestruazioni |__| |__| / |__| |__| / |__| |__| |__|

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ipertensione | <input type="checkbox"/> Allattamento al seno in atto |
| <input type="checkbox"/> Insufficienza renale grave | <input type="checkbox"/> Ipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Diabete mellito | <input type="checkbox"/> Cardiopatia (IV classe NYHA) |
| <input type="checkbox"/> Asma bronchiale | <input type="checkbox"/> Policitemia |
| <input type="checkbox"/> Morbo di Waldenstrom | <input type="checkbox"/> Insufficienza epatica grave |
| <input type="checkbox"/> Mieloma | <input type="checkbox"/> Recente assunzione di farmaci nefrotossici |
| <input type="checkbox"/> Mastocitosi | <input type="checkbox"/> Policitemia |
| <input type="checkbox"/> Iperuricemia | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____ | |

Farmaci in uso

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Betabloccanti | <input type="checkbox"/> Biguardi |
| <input type="checkbox"/> Interleukina 2 | <input type="checkbox"/> Fans |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

Allergie

- Farmaci (specificare): _____
- Lattice
- Altro (specificare): _____

A seguito di allergie a farmaci o della reazione a mezzo di contrasto, il Medico Curante o Specialista prescrive la premedicazione dedicata? NO SI

Se sì, specificare quale farmaci:

Risultati degli esami ematochimici indispensabili per l'iniezione del mezzo di contrasto:

CREATINEMIA mg/dl _____ con eGFR sangue _____ mg/ml/1.73

(se eGFR < 30ml/min/1.73 il Medico radiologo al momento dell'esame valuterà l'opportunità di somministrare il mezzo di contrasto)

Firma del Medico _____



PREPARAZIONE ALLA PROCEDURA DIAGNOSTICA E RACCOMANDAZIONI

E' necessario eseguire un **digiuno completo** a partire da 4-6 ore prima dell'esame.

Se si assumono terapie farmacologiche:

- **i pazienti diabetici che assumono Metformina** (es. Metforal, Glucophage, Metfonorm, ...) devono sospendere l'assunzione 48 ore prima dell'esame dopo aver consultato il medico curante o lo specialista che provvederà a sostituirlo con un altro prodotto antidiabetico. L'assunzione di Metformina potrà avvenire dopo almeno 48 ore dall'esame;
- **i pazienti con insufficienza renale** anche lieve, devono evitare l'assunzione, nelle 24 ore precedenti l'esame, di farmaci nefrotossici (FANS, antibiotici aminoglicosidi, beta-bloccanti);
- tutti gli altri farmaci devono essere assunti come d'abitudine

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI PREPARATI o FARMACEUTICI PER VIA EV, IM ORALE O RETTALE

Il/la sottoscritto/a _____

Si ritiene sufficientemente informata/o sui rischi legati alla:

- Somministrazione di soluzioni/gel o preparati farmaceutici per via orale _____
- Somministrazione di soluzioni/gel o preparati farmaceutici per via rettale _____
- Somministrazione di preparati farmaceutici per via endovenosa o intramuscolare o intrarticolare _____

Pertanto resa/o edotta/o dal Medico Responsabile dell'esame di _____
dei rischi correlati e del beneficio diagnostico ne acconsente la somministrazione/utilizzazione

Firma Paziente (in caso di paziente minorenni è necessaria la firma di un genitore o chi ne fa le veci/
dell'esercente la patria potestà/del tutore)

Lauria, li ____/____/____

CONSENSO INFORMATO alla somministrazione di sedativi per anestesia

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione di sedativi per anestesia. Pertanto, reso edotto dal medico responsabile dell'esame diagnostico della valutazione dei rischi correlati / beneficio diagnostico, ne acconsente la somministrazione.

Firma del paziente (*) _____

Lauria, li ____/____/____

Firma del Medico Radiologo _____

Firma del Medico Anestesista _____



DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI

NO

Lauria, li | | | / | | | / | | | | | |

Firma del paziente (*)

Firma del Medico Radiologo

CONSENSO ALLA PRESENZA DI ACCOMPAGNATORI IN SALA ESAMI

Consenso del genitore/ accompagnatore ad assistere il paziente in sala esami durante l'esecuzione dell'indagine TC. Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame valutato il rapporto rischio / beneficio relativamente alla necessità di evitare la sedazione o altre procedure di preparazione pre-esame del paziente da sottoporre ad esame TC, acconsente l'opportunità da parte dell'accompagnatore volontario di poter assistere il paziente durante l'esecuzione dell'esame all'interno della sala esami, al fine di tranquillizzare e mantenere fermo il paziente e di garantire pertanto la possibile esecuzione dell'indagine.

L'accompagnatore, espletati gli accertamenti anamnestici del caso richiesti dal medico responsabile dell'esame diagnostico, e preso atto dell'opportunità di poter assistere il paziente onde evitare inopportune o non possibili procedure di preparazione pre-esame sullo stesso, **accetta di esporsi volontariamente** ai rischi legati alla TC presenti durante l'esecuzione dell'esame.

Lauria, li | | | / | | | / | | | | | |

Firma del paziente (*)

Firma del Medico Radiologo

Per garantire la massima sicurezza dell'utenza, in questa struttura l'iniezione di mezzi di contrasto è sempre supportata dalla presenza del Medico Anestesista Rianimatore.