



INFORMATIVA PER L'ESECUZIONE DI ESAMI DIAGNOSTICI CON MEZZO DI CONTRASTO

(AI SENSI DELLA CIRCOLARE MINISTERO DELLA SANITA DEL 17/09/1997)

TAC
(Specificare in dettaglio)

RM
(Specificare in dettaglio)

Altro
(Specificare)

Gentile sig./sig.ra _____,

l'esame diagnostico _____ che Le è stato prescritto è ritenuto utile per meglio conoscere e trattare i suoi problemi medici.

Prevede l'uso di mezzo di contrasto organo iodato idrosolubile, iniettato per via endovenosa.

L'introduzione di mezzo di contrasto non determina, nella maggior parte dei casi complicanze.

Una fugace sensazione di calore può essere considerata normale.

Le eventuali complicanze generalmente consistono in lieve nausea o vomito o lieve eruzione cutanea, o in modeste variazioni della pressione arteriosa o della frequenza cardiaca: tutto ciò regredisce spontaneamente e con adeguata terapia e, non comporta l'interruzione dell'esame o altre conseguenze.

In alcuni casi, peraltro rari, nel corso dell'esame possono verificarsi più gravi modificazioni della pressione arteriosa e del ritmo cardiaco, e/o alterazioni della respirazione, e/o grave eruzione cutanea con edema (gonfiore) diffuso, per cui può essere necessario un prolungamento dell'ospedalizzazione.

In casi assolutamente eccezionali può esserci rischio per la vita.

Le complicanze non sono in genere in relazione con gli altri esami contrastografici eseguiti in precedenza e con reazioni eventualmente manifestatisi in tali circostanze.

Per far fronte a qualsiasi complicanza, questa struttura è fornita di farmaci, delle attrezzature adeguate e del personale idoneo ad usarle.

I mezzi di contrasto usati, sono tutt'oggi i migliori dal punto di vista farmacologico.

PRESCRIZIONI DA SEGUIRE PRIMA DELL'ESAME

Per la somministrazione del mezzo di contrasto è necessario eseguire gli esami ematochimici di seguito elencati i cui risultati devono essere portati in visione il giorno dell'esame:

- ▶ Azotemia;
- ▶ Creatinina;
- ▶ Protidogramma.

Presentarsi a digiuno da 5-6 ore.

Non sospendere eventuale terapia abituale per il cuore e per la pressione.

PRESCRIZIONI DA SEGUIRE DOPO L'ESAME

È consigliabile bere liquidi in abbondanza (acqua, Thè).

Per quanto riguarda i cibi solidi, dopo un'ora dalla fine dell'esame non ci sono restrizioni di alcun genere.

N.B. Qualora fossero necessarie ulteriori informazioni, il medico radiologo è a sua completa disposizione.



QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Dati Paziente

Cognome

Nome

Sesso

 M F

Data di nascita (gg/mm/aa)

 / /

Comune di nascita

Provincia di nascita

Stato di nascita

Numero di Codice Fiscale

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame prescritto. Tale questionario deve essere attentamente compilato da ogni paziente prima di essere sottoposto all'esame e firmato dal Medico Responsabile. Risposte affermative ad uno o più quesiti possono comportare controindicazione anche assoluta all'esecuzione dell'esame. Si riportano di seguito i contenuti minimi consigliati del "Questionario anamnestico" preliminare all'esecuzione di esami con mezzo di contrasto.

RACCOLTA DATI ANAMNESTICI ESSENZIALI

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Allergia comprovata a sostanze iodate | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Allergie a farmaci o altre sostanze | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Asma Bronchiale | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Grave insufficienza Renale | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Grave insufficienza Epatica | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Grave insufficienza Cardiovascolare | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Possibile stato di Gravidanza | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Possibile Ipertiroidismo | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Esami ematochimici eseguiti
(azotemia-creatinemia-elettroforesi proteica) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| valore azotemia | <input type="text"/> | |
| valore creatinemia | <input type="text"/> | |

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espleta l'eventuale visita medica

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE CON MEZZO DI CONTRASTO

Roma, li ___ / ___ / _____

Firma del medico responsabile dell'esame



CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI DIAGNOSTICI CON MEZZO DI CONTRASTO

La/il sottoscritta/o _____

dichiara di aver ricevuto le informazioni verbali e soprascritte relative al proprio stato di salute e di aver ben compreso termini e modalità del trattamento proposto dal medico specialista, nonché delle conseguenti indicazioni fornite dal medesimo e ritiene, quindi, di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole riguardo al conferimento del consenso ovvero del diniego al trattamento medico proposto.

Sulla base di quanto sopra, certo comunque che un eventuale rifiuto non comporta conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità, formula pertanto il proprio

(1) _____

(1) scrivere: "consenso" o "diniego"

all'effettuazione dei trattamenti medici di seguito illustrati ed indicati:

Poiché sono a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata, autorizzo sin d'ora il cambiamento del programma ma al solo scopo di fronteggiare l'urgenza delle eventuali complicanze, delle quali mi attendo comunque di avere al più presto spiegazioni adeguate.

Roma, li __ / __ / _____

*Firma del Paziente o di chi ne fa legalmente le veci nei casi espressamente previsti dalla legge o dal Codice di Deontologia**

Firma del medico che ha fornito l'informativa

Firma del medico che ha raccolto il consenso