

MODULO DI RICHIESTA ESECUZIONE ESAME**DATI ASSISTITO****Cognome**.....**Nome**.....

Data di nascita..... Peso Kg.....

Ambulatoriale Ricoverato:

Ospedale..... Reparto.....

Paziente collaborante: SI NO CAMMINA SEDUTO BARELLATO ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA (solo per pazienti ricoverati) SI NO **NOTIZIE CLINICHE**

.....

INDAGINE PROPOSTA

.....

QUESITO DIAGNOSTICO

.....

ATTENZIONE!**IN CASO DI ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO (M.D.C.) IL PAZIENTE:**

- Se il Paziente ha un valore di creatininemia < 1.5 mg/dl non è necessario sospendere la metformina
- Dovrà eseguire preliminarmente (al massimo nei 3 mesi precedenti):
CREATININEMIA eseguito il/...../..... Valore.....(mg/dL)
(vedi PQA 122 ASL2 reperibile nel sito aziendale).
- In caso di alterazione dei parametri sopracitati il Medico Prescrittore dovrà provvedere a eseguire adeguata preparazione, come descritto nel Protocollo Operativo Aziendale (vedi PQA122 "Procedura per la prevenzione delle reazioni avverse ai mezzi di Contrasto(m.d.C.)" ASL2).
- Deve essere a digiuno alimentare, da almeno 6 ore.

QUESTIONARIO

Per procedere all'esame con mdc iodato devono essere effettuate le seguenti valutazioni :

Il paziente ha già eseguito esami con mdc iodato?	SI	NO	
Ha presentato disturbi?	SI	NO	se SI specificare.....
Esiste comprovato rischio allergico ad altre sostanze?	SI	NO	
Insufficienza renale	SI	NO	Stato di gravidanza
Insufficienza Epatica	SI	NO	Ipertiroidismo
Insufficienza Cardio Vascolare	SI	NO	Anamnesi per mieloma o paraproteinemie
Diabete	SI	NO	
Trattamento in atto con farmaci (beta-bloccanti, biguanidi, interleuchina)	SI	NO	se SI specificare.....

Nb.: qualora sussista una o più delle condizioni suddette gli esami obbligatoriamente da eseguire sono:

In caso di:	
Grave insufficienza cardiaca ▶	Valutazione Cardiologica
Grave insufficienza epatica ▶	Transaminasi, T di Protrombina
Linfomi , Waldestrom, Mielomi ▶	Elettroforesi, catene K e Lambda

DATA , TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE

.....

INFORMATIVA al Sig.....

Atto Sanitario proposto

La TC è una metodica che utilizza radiazioni ionizzanti (raggi x) in dosi piuttosto elevate.

Il mezzo di contrasto, iniettato per via endovenosa, è a base di iodio e permette una migliore visualizzazione degli organi interni sospetti di patologia; esso viene eliminato attraverso i reni quindi con le urine.

Descrizione

Il Paziente a digiuno da almeno 6 ore (ad esclusione dei farmaci abitualmente assunti) viene fatto coricare su un lettino mobile; durante l'esame può essere richiesta una apnea a volte piuttosto prolungata. Durante l'indagine può essere prevista l'iniezione per via endovenosa di un mezzo di contrasto a base di iodio. Questa iniezione avviene attraverso una cannula posizionata nel braccio e collegata ad un iniettore automatico apposito; a seconda della pressione dell'iniezione il Paziente può avvertire una sensazione di calore a livello del collo e dell'inguine. L'indagine ha generalmente una durata complessiva di 15 minuti circa. Dopo l'esame non sono previste controindicazioni alla ripresa delle ordinarie attività.

A cosa serve?

1. Ad evidenziare sospette lesioni degli organi esaminati.
2. A caratterizzare una lesione (benigna o maligna) già evidenziata in esami precedenti.
3. Per lo studio dei vasi sanguigni (aneurismi, embolie, etc...).
4. Nei controlli oncologici per valutare il risultato delle terapie.

Controindicazioni e limitazioni

Le controindicazioni e le limitazioni all'esame TC sono relative da una parte all'esposizioni alle radiazioni, dall'altra alla somministrazione del mezzo di contrasto. Non esistono controindicazioni assolute, ma il Medico Radiologo/Neuroradiologo che esegue l'esame valuta la situazione di ciascun paziente sulla base di quanto il Medico prescrittore/MMG riporta nella richiesta e giudica, innanzitutto, se l'esame richiesto è indicato per il problema del Paziente e se non può essere sostituito con altro esame, meno impegnativo.

Lo stato di gravidanza, a meno che non vi sia pericolo di vita per la paziente, controindica la TC; una grave insufficienza renale o epatica, una storia di allergia, iperazotemia elevata, il mieloma multiplo, la paraproteinemia di Waldstrom, la grave cardiopatia rappresentano fattori di rischio che devono essere attentamente valutati da parte del Medico prescrittore/MMG e da parte del Radiologo/Neuroradiologo che esegue l'esame, per prevenire reazioni avverse al mezzo di contrasto. In alcuni di questi casi può essere necessario idratare il paziente prima e dopo l'esame somministrando liquidi mediante flebo.

Possibili complicanze

I mezzi di contrasto usati attualmente sono molto più sicuri rispetto a quelli del passato; utilizzati in milioni di persone hanno migliorato la tollerabilità nel corso degli anni, ma il loro uso comporta sempre un rischio e non sono totalmente esenti da reazioni avverse. L'iniezione di mezzo di contrasto può provocare effetti secondari immediati o ritardati, indesiderati e imprevedibili, anche se molto rari, che possono variare da reazioni semplici come:

- ✓ eruzioni cutanee,
- ✓ prurito,
- ✓ dolore nella sede di iniezione,
- ✓ nausea, e vomito (per questo motivo è necessario il digiuno),

reazioni moderate come:

- ✓ edema facciale,
- ✓ edema della laringe e broncospasmo,
- ✓ senso di soffocamento,
- ✓ ipotensione e tachicardia,

sino, ancor più raramente, a reazioni più gravi a carico dell'apparato cardio-vascolare tali da richiedere misure di emergenza come:

- ✓ shock ipotensivo,
- ✓ edema polmonare,
- ✓ arresto respiratorio,
- ✓ arresto cardiaco,
- ✓ convulsioni,
- ✓ morte.

Nel Servizio è presente un carrello di emergenza e questi esami vengono comunque effettuati assicurando sempre la presenza di un'Anestesista-Rianimatore all'interno dell'ospedale. L'Anestesista-Rianimatore viene inoltre preventivamente consultato e ci si accerta della sua immediata disponibilità in caso di Pazienti a rischio in modo che sia garantita la tempestività del suo intervento in caso di necessità.

Nei casi in cui è segnalata un qualsiasi tipo di allergia, è necessaria una premedicazione antiallergica che il Paziente deve effettuare seguendo uno schema apposito previo consulto del Medico prescrittore/MMG che ne deve valutare la fattibilità in quel determinato Paziente.

Poiché la premedicazione antiallergica in genere può avere un blando effetto sedativo (sonnolenza) con conseguenti rischi correlati alla guida, è opportuno che il Paziente sia accompagnato.

La TC viene eseguita dal Medico Radiologo/Neuroradiologo in collaborazione con il Tecnico di Radiologia e l'Infermiere; queste tre figure sono abilitate all'effettuazione di manovre di BLS-D.

Può accadere che il mezzo di contrasto iniettato (M.d.C.) alla pressione necessaria nella vena del braccio possa accidentalmente stravasare e provocare ematomi o infiammazioni dei tessuti; il Paziente deve avvertire gli operatori se al momento dell'iniezione avverte un forte dolore o bruciore; sarà effettuata una medicazione della zona; in generale il problema si risolve in pochi giorni.

Aspetti dosimetrici

L'esame che Lei deve eseguire viene effettuato utilizzando un fascio di radiazioni X.

Le radiazioni X possono avere effetti dannosi sull'uomo. Tuttavia il loro utilizzo è giustificato dal beneficio che si ottiene dalla diagnosi clinica che l'esame permette.

I possibili effetti negativi delle radiazioni impiegate in esami di diagnostica sono l'induzione di malattie tumorali, anche dopo molti anni della loro somministrazione. Questi effetti non si manifestano sempre su tutte le persone irradiate ma su un'esigua percentuale. Quindi si parla di rischio o di probabilità di danno da radiazioni.

Le conoscenze scientifiche attuali correlano il rischio e la probabilità del danno alla dose assorbita per cui maggiore è la dose somministrata di raggi X e maggiore è la probabilità di danno.

Ogni utilizzo di radiazioni in medicina è ottimizzato in modo da erogare il minimo quantitativo (dose) indispensabile per l'esame, questo vale anche per l'indagine che Lei deve eseguire e per le attrezzature che verranno impiegate.

La dose somministrata durante un' esame diagnostico varia da persona a persona secondo le particolari esigenze e la struttura fisica della persona. Non è possibile dire a priori e con esattezza quale sarà la dose da Lei assorbita,

per TC capo e collo: la dose efficace può variare da 1 a 5 mSv, per TC torace e addome: la dose efficace può variare da 5 a 10 mSv

Il valore può essere confrontato con la dose ambientale dovuta a fonti naturali di radiazione che è pari a 1 mSv e con la dose che si riceve facendo un esame del torace che è pari a 0.02 mSv. Tuttavia studi statistici valutano che la stima di rischio aggiuntivo di insorgenza di tumore a seguito dell'assorbimento di tale dose di radiazioni sia inferiore, per TC capo e collo: a 2.5 su 10000 persone, per TC torace e addome: a 5 su 10000 persone.

Poiché tale aumento di rischio è piccolo rispetto al rischio complessivo di cancro (quasi 1 su 3) a cui tutti siamo soggetti i vantaggi che derivano dall'esame sono di gran lunga sufficienti per giustificare l'indagine.

Alternative

Vi sono molte metodiche alternative alla TC come, per esempio, l'Ecografia, la Risonanza Magnetica, la PET etc., tuttavia la possibilità di sostituire l'esame TC con altre indagini deve essere di volta in volta valutata dal Radiologo/Neuroradiologo e dal Medico che propone l'esame.

Data.....Firma del Medico Radiologo

Dichiaro di essere stato/a informato/a esaurientemente sull'esame TC a cui sarò sottoposto, come da prescrizione medica, dichiaro di acconsentire all'esecuzione di tale esame.

Firma del Paziente (o di chi ne abbia la patria potestà)

ACQUISIZIONE CONSENSO INFORMATO (per TC con mezzo di contrasto)

Io sottoscritto/a _____ dichiaro: di aver ricevuto dal Dr. _____ un'informazione comprensibile ed esauriente della natura dell'atto sanitario a cui sarò sottoposto/a, dello scopo e durata dello stesso, delle controindicazioni e possibili complicanze correlate all'effettuazione di questo atto sanitario, attraverso: l'informativa fornita, il colloquio con il medico sui rischi e benefici; di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima del trattamento;

di **ACCETTARE** / **NON ACCETTARE** (barrare la casella prescelta) liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

Data _____ Firma del Paziente.....

(o genitore in caso di minore o legale rappresentante in caso di incapace) (*)

in tal caso allegare copia del provvedimento di nomina del tutore o dell'amministratore di sostegno dal quale deriva il potere per il soggetto di prestare il consenso in nome e per conto dell'incapace

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI **NO**

Data Firma del paziente.....

REVOCA

Io sottoscritto/a _____ in data _____

dichiaro di voler REVOCARE il consenso

Firma/e _____

Data _____ Timbro e Firma Medico _____