

SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

INFORMATIVA E CONSENSO ALLA TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) E ALL'IMPIEGO EVENTUALE DEL MEZZO DI CONTRASTO

| | | |
|--|---------|--|
| | n°..... | Accettato referti cartacei precedenti in visione |
| | n°..... | Esami su supporto (CD/pellicola) precedenti in visione |

Peso Kg.....

SCHEDA INFORMATIVA TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC O TAC)

- Il Medico che la sta curando ha ritenuto opportuno prescrivere l'esecuzione di un esame di Tomografia Computerizzata (TC o TAC);
- L'esame ha specifiche indicazioni e, al fine di rendere più agevole e precisa la diagnosi, si raccomanda di portare con sé, oltre alla richiesta del Medico prescrittore, i referti di eventuali recenti consulenze specialistiche e tutte le indagini cliniche e radiologiche, relative all'organo o all'apparato di interesse, in precedenza eseguite;
- Durante la gravidanza è di norma controindicato eseguire l'esame;
- La TC è un esame relativamente semplice che può durare da 5 a 20 minuti per ogni parte del corpo esaminata: la persona, posizionata su un lettino che viene inserito in un apparecchio di forma ad anello con un'apertura piuttosto ampia, deve rimanere più ferma possibile, respirando regolarmente o, quando richiesto, trattenendo brevemente il respiro;
- Quando è previsto l'impiego del mezzo di contrasto, prima dell'esame il personale provvede ad incannulare una vena periferica, in genere del braccio, con un ago-cannula che viene lasciata in sede fino al termine dell'indagine;
- Nel corso dell'esame la persona è costantemente controllata visivamente ed acusticamente dal personale sanitario.

PREPARAZIONE

- Se la TC è eseguita senza mezzo di contrasto, i farmaci che si prendono usualmente vanno assunti come di abitudine, anche prima dell'esame (vedi oltre);
- Se è previsto l'impiego di mezzo di contrasto è bene osservare il digiuno per almeno 6 ore prima dell'esame (l'acqua è consentita, come i farmaci) e portare con sé i referti di glicemia, creatininemia e GFR rilevati non oltre gli ultimi 90 giorni prima dell'esame;
- In caso di insufficienza renale nota, gli esami di funzionalità renale (espressa come GFR) devono essere stati eseguiti di recente, non oltre 7 giorni prima dell'esame. L'esame non può essere eseguito con mezzo di contrasto se il GFR è ≤ 30 ml/min/1.73 m²;
- In caso di terapie con farmaci nefrotossici (ad es.: pazienti oncologici) ogni caso va valutato singolarmente dal medico radiologo e/o anestesista;
- Qualora lo specialista Radiologo ritenesse indispensabile una idratazione prima e dopo l'esame con mezzo di contrasto endovena, consiglierà di eseguire l'accertamento in ambito ospedaliero;
- Protesi dentarie fisse o mezzi metallici di osteosintesi possono rendere disagevole la diagnosi se presenti nell'organo o apparato in esame: la loro presenza va segnalata agli operatori;
- **Per eseguire l'esame è inoltre necessario:**
 - Togliere tutti gli oggetti metallici e strumenti elettronici (orologi, chiavi, monete, carte di credito, telefonini, telecomandi, vestiti con cerniere o clips, cinture, spille, ecc.);
 - Togliere piercing, gioielli, fermagli, occhiali e protesi mobili (protesi dentarie temporanee, dentiere, apparecchi per l'udito, cinti o busti sanitari, ecc.).

UTILIZZO DEL MEZZO DI CONTRASTO SCHEMA INFORMATIVA

- In caso di precedenti allergie o reazioni avverse al mezzo di contrasto, sarà prescritto un trattamento farmacologico da assumere prima e dopo la somministrazione del mezzo di contrasto endovena, come da istruzioni fornite con foglio a parte;
- In caso di precedenti reazioni avverse severe al mezzo di contrasto endovena, verrà consigliato di eseguire l'esame in ambito ospedaliero, previa valutazione anestesiológica;
- I mezzi di contrasto per TC sono prodotti estremamente sicuri e già somministrati a milioni di persone. In genere al momento dell'iniezione non si avverte nulla o talora una lieve sensazione di calore; occasionalmente sono possibili reazioni indesiderate;
- **Queste possono essere:**
 - **minori** (come ad esempio starnuti o nausea), che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono rapidamente, la loro probabilità è dell'1% (1 caso su 100 persone che eseguono l'esame);
 - **severe** (come ad esempio battiti cardiaci irregolari, difficoltà respiratorie, convulsioni o perdita di coscienza), che richiedono di solito terapia medica: la probabilità di queste reazioni è di circa 0,017% (1 caso su 6000 esami eseguiti);
 - **fatali**: molto raramente, come può accadere con altri farmaci, anche il mezzo di contrasto può determinare la morte: la probabilità che ciò avvenga è di circa 0,00001% (1 caso su 100.000 esami);
 - vi è anche la possibilità (in circa il 3% delle persone sottoposte all'esame) che il mezzo di contrasto provochi un peggioramento della funzionalità renale, di solito transitorio; tale evenienza è più probabile nelle persone con funzionalità renale già compromessa al momento della TC, soprattutto se anche affette da diabete mellito;
- Presso il Centro Medico è sempre presente uno specialista anestesista, pronto ad intervenire in caso di bisogno;
- Il personale medico e sanitario del servizio di Diagnostica per Immagini è addestrato a trattare tali reazioni;
- Qualora Lei sia in trattamento con il farmaco **METFORMINA** e la funzionalità reale sia ridotta, è necessario sospendere la terapia 48 ore prima e 48 ore dopo l'esame, previo assenso anche del proprio Medico curante;
- L'assunzione di farmaci β -bloccanti o ace-inibitori deve essere sospesa il giorno dell'esame, previo assenso anche del proprio Medico curante;
- La persona che si sottopone all'esame con mezzo di contrasto deve essere accompagnata da una persona in grado di guidare, in quanto potrebbe rendersi necessaria la somministrazione di farmaci in grado di compromettere l'idoneità alla guida nelle ore successive.

HA SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI SU:

| | | | | | |
|--------|-----------------------|-------|-----------------------|--------|-----------------------|
| Testa | si (.....) no (.....) | Collo | si (.....) no (.....) | Torace | si (.....) no (.....) |
| Addome | si (.....) no (.....) | Arti | si (.....) no (.....) | Altro | si (.....) no (.....) |

Se sì, tipo di intervento

Data dell'intervento

CONSENSO

Io sottoscritto/a (cognome e nome).....
dichiaro di essere stato/a informato/a in modo esauriente e di avere avuto risposte e chiarimenti adeguati agli eventuali dubbi espressi, nonché di avere fornito correttamente ogni informazione richiesta nella presente nota informativa e pertanto **ACCONSENTO** a:

- **Sottopormi all'esame TC** prescritto

.....

Firma

- All'eventuale **iniezione di mezzo di contrasto**

.....

Firma

.....

Data

PER LE DONNE:

data delle ultime mestruazioni

è in stato di gravidanza?..... si (.....) no (.....)

se sì, in che mese si trova?.....

.....

Firma

.....

Firma del Medico Responsabile

MANCATO CONSENSO (EVENTUALMENTE)

Io sottoscritto/a - pur esaurientemente informato/a sulle modalità operative, sui possibili eventi avversi all'esame prescritto e sulle possibili conseguenze negative derivanti dalla mancata esecuzione dello stesso - dichiaro liberamente di **NON ACCONSENIRE all'esecuzione dell'esame, che pertanto NON viene eseguito.**

.....
Data

.....
Firma

PER L'ESECUZIONE DI ESAMI AI MINORI/INABILI IL MODULO VA COMPILATO DA CHI ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE O DAL RESPONSABILE LEGALE

Io sottoscritto/a (cognome e nome).....
nato/a il.....a.....
residenza.....via.....

in qualità di:

Genitore Legale responsabile del/la minore/inabile

del peso di Kg.....

dichiaro di essere stato/a informato/a in modo esauriente e di avere avuto risposte e chiarimenti agli eventuali dubbi espressi, nonché di avere fornito correttamente ogni notizia richiesta nella presente nota informativa e pertanto **ACCONSENTO:**

- alla **esecuzione dell'esame TC** prescritto

.....
Firma

- All'eventuale **iniezione di mezzo di contrasto**

.....
Firma

- **PER LE SOLE MINORI OLTRE I 12 ANNI DI ETÀ:**

data delle ultime mestruazioni

è in stato di gravidanza?..... si (.....) no (.....)

se sì, in che mese si trova?.....

.....
Firma

.....
Data

.....
Firma del Medico Responsabile

MANCATO CONSENSO (EVENTUALMENTE)

Io sottoscritto/a (cognome e nome).....
in qualità di:

Genitore Legale responsabile del/la minore/inabile

pur esaurientemente informato/a sulle modalità operative, sui possibili eventi avversi all'esame prescritto e sulle possibili conseguenze **negative** derivanti dalla mancata esecuzione dello stesso al minore/inabile, dichiaro liberamente di **NON ACCONSENIRE all'esecuzione dell'esame, che pertanto NON viene eseguito.**

.....

Data

.....

Firma