

Azienda Sanitaria Locale Lecce ASL/Le - Ospedale "F.Ferrari" di Casarano  
Unità Operativa di Radiologia – Primario Dr. Giancarlo Morciano  
Tel. 0833-508357 - 0833508212 FAX, 0833-508358- email, radiologia.pocasarano@ausl.le.it

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME TC O RX CON MEZZO DI CONTRASTO IODATO**

Il medico richiedente ritiene utile che lei esegua un'esame TC o RX . Durante quest'esame è possibile/previsto che le venga somministrato un mezzo di contrasto contenente iodio, radioopaco, che renderà l'esame maggiormente diagnostico. E' attualmente un farmaco molto sicuro, che però occasionalmente può dare delle reazioni, in modo del tutto imprevedibile, indipendentemente dalla dose, dall'abilità e dall'esperienza del Medico che conduce l'esame. Possono verificarsi reazioni "minori" nell'1 % dei pazienti e severe nello 0.017 % dei paz. che generalmente richiedono terapia medica. Eventuali pretrattamenti farmacologici non prevengono in via assoluta, ma possono ridurre, questi rischi.

Queste sostanze sono usate solo su precisa indicazione clinica a giudizio del radiologo anche in rapporto alla situazione clinica del paziente e considerando anche il rapporto rischio/beneficio.

**La invitiamo a presentarsi in TC o Radiologia a digiuno (ultimo pasto almeno 8 ore prima dell'esame), e a non allontanarsi per almeno mezz'ora dopo l'esecuzione dell'esame, a bere circa 1-2 litri di acqua nel corso della giornata ed idratarsi abbondantemente nei due giorni successivi.**

**NB: Le DONNE IN ETA' FERTILE CHE SI SOTTOPONGONO ALL'ESAME TC/RX DEVONO AVERE LA ASSOLUTA CERTEZZA DI NON ESSERE IN GRAVIDANZA.**

**DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO RICHIEDENTE:** In conformità alla Nota del Ministero della Sanità del 17/09/1997 sulla utilizzazione del mezzo di contrasto è necessario conoscere le condizioni clinico-anamnestiche del Suo paziente. In particolare è indispensabile essere informati sulla presenza di alcuni particolari elementi anamnestici o clinici.

Dichiaro che il paziente \_\_\_\_\_ ricoverato c/o \_\_\_\_\_

indagine proposta \_\_\_\_\_ quesito clinico \_\_\_\_\_ ha

- |  |    |    |
|--|----|----|
| • Comprovato rischio allergico   | si | no |
| • insufficienza epatica, renale o cardiovascolare                                | si | no |
| • presenza di paraproteinemie o di mieloma multiplo                              | si | no |
| • Iperteroidismo   | si | no |
| • assunzione di farmaci (beta bloccanti, biguanidi (Metformina), Interleukina 2) | si | no |

Specificare.....

e può perciò sottoporsi all'esame TC o RX CON MDC.

Firma e timbro del medico richiedente .....

Solo nel caso in cui il medico richiedente non sia a conoscenza delle attuali condizioni cliniche del paziente, per un più completo inquadramento, è consigliabile faccia effettuare i seguenti esami:

Elettroforesi sieroproteica con tracciato, Azotemia – Creatinemia-, FT3, FT4, TSH- Esame urine, ECG

GLI ESAMI SONO VALIDI 30 GIORNI PRIMA DELL'ESAME

**DA COMPILARE DA PARTE DEL PAZIENTE:** E' indispensabile che il paziente legga attentamente, compili e firmi il seguente modulo di consenso all'esecuzione all'esame (oppure assenso all'esecuzione in caso di paziente minorenni) e lo consegni al Radiologo prima dell'esame. Per eventuali chiarimenti si prega consultare il medico radiologo esecutore.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

di essere stata/o informata/o esaurientemente ed in modo comprensibile sull'indicazione clinica, l'utilità, le modalità di realizzazione dell'esame TC da eseguire, di essere stata/o informata/o degli effetti collaterali e secondari (reazioni inattese avverse) che possono derivare dall'uso del "mezzo di contrasto" e di aver ricevuto risposta alle domande poste al medico. Esprimo il mio consenso alla esecuzione dell' esame TAC.

In fede (firma del PAZIENTE o dell'ESERCITANTE LA PATRIA POTESTA') .....

(firma del MEDICO RADIOLOGO) .....

Casarano il .....