



## MODELLO DI DICHIARAZIONE ANAMNESTICA PER L'USO DEI MEZZI DI CONTRASTO

Dichiarazione anamnestica, l'esistenza o meno di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione di mezzi di contrasto.

Si certifica che Il/la Sig.ra \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_

**Non presenta i seguenti particolari anamnestici:** precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzi di contrasto; altre precedenti reazioni allergiche; presenza di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione di mezzi di contrasto; grave insufficienza renale; grave insufficienza epatica; grave insufficienza cardiaca; paraproteina di Waldenström; mieloma multiplo; diabete.

**Non assume:** farmaci biguanidi; interleukine;  $\beta$ -bloccanti.

**Presenta i seguenti particolari anamnestici:**

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - Precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzi di contrasto  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Altre precedenti reazioni allergiche: _____  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Presenza di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione del mezzo di contrasto: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - grave insufficienza epatica  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - grave insufficienza renale   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - grave insufficienza cardiaca   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - paraproteinemia di Waldenström   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - mieloma multiplo   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - diabete  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - assume farmaci biguanidi   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - assume interleukine  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - assume $\beta$ -bloccanti  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Eventuali indagini eseguite: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____   |                             |                             |

Eventuali notizie anamnestiche aggiuntive rispetto alla diagnosi o quesito clinico \_\_\_\_\_

**L'assistito è stato informato che:**

- 1) all'atto dell'esecuzione dell'indagine, se effettuata con mezzo di contrasto, verrà acquisito il consenso scritto.
- 2) l'iniezione del mezzo di contrasto va sempre effettuata in condizioni di buona idratazione, per cui le norme relative al digiuno non riguardano l'assunzione di acqua e l'assunzione di terapie abituali.
- 3) E' utile fornire documentazione, se ne è in possesso, di eventuali esami strumentali (TC, RM, ECO, RX, Scintigrafie, Endo-scopie), di reperti cito-istologici, di esami di laboratorio e copie di cartelle cliniche.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Medico Proponente o del Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_



Firma dell'Assistito (per presa visione) \_\_\_\_\_

## VALUTAZIONE ANAMNESTICA E ACCETTAZIONE ESAME

SI  NO

Firma del medico Radiologo Responsabile  
dell'esecuzione dell'esame

Data \_\_\_\_\_

## SOSTITUZIONE ESAME PROPOSTO CON ALTRO

Motivi della sostituzione \_\_\_\_\_

Firma del medico Radiologo Responsabile  
dell'esecuzione dell'esame

Data \_\_\_\_\_

## INVIO AD ACCERTAMENTO/CONSULTO CON ANESTESISTA

Firma del medico Radiologo Responsabile  
dell'esecuzione dell'esame

Data \_\_\_\_\_

## RICHIESTA PER ESAMI RADIOLOGICI CON MEZZO DI CONTRASTO PER VIA INIETTIVA

(Nota Min. San. 17.9.97)

La nota del Ministero della Sanità (prot. 900 VI/II. AG/6542 del 17.09.1997), a proposito dell'uso di mezzi di contrasto organoldati e paramagnetici precisa quanto segue:

- \* Il pericolo di gravi reazioni di intolleranza (reazioni anafilattoidi dovute alla formazione legami "macrocomplessi m.d.c. e proteine plasmatiche"), per particolari categorie di pazienti a rischio, ricorre con l'uso di mezzi di contrasto organoiodati di tipo ionico;
- \* l'incidenza di reazioni anafilattoidi appare meno probabile con mezzi di contrasto non ionici per la trascurabile capacità degli stessi di legarsi alle proteine plasmatiche;
- \* I mezzi di contrasto non ionici sono oggi utilizzati in oltre il 95% delle indagini urografiche, angiografiche e di tomografia computerizzata;
- \* I mezzi di contrasto paramagnetici sono una categoria di farmaci totalmente differenti rispetto a quelle precedenti e che, in ragione dei piccoli volumi iniettati e le diverse caratteristiche farmacologiche, permettono tranquillità di impiego, pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità caratteristici di ogni formulazione iniettabile.

Premesso quanto sopra la stessa circolare precisa che:

- 1 - La valutazione clinico-anamnestica di ciascun assistito da sottoporre ad indagini con mezzi di contrasto da parte del medico curante, che richiede l'esame, e da parte del radiologo, che esegue l'esame, rappresenta per la prevenzione il momento più importante;
- 2 - Il ricorso abituale, in ogni caso, a batterie di esami/procedure diagnostiche predefinite, non ha indicazioni ai fini di prevenire incidenti da mezzi di contrasto. Test laboratoristici e procedure diagnostiche sono indicati per definire, nei soggetti a rischio, il grado delle condizioni patologiche;
- 3 - sono considerati a rischio i soggetti che risultino sul piano clinico-anamnestico a comprovato rischio allergico, portatori di gravi forme di insufficienza epatica e renale o cardiovascolare o di paraproteine di Waldenström o di mieloma multiplo.

**Test laboristici e procedure diagnostiche sono indicati per definire nei soggetti a rischio il grado delle condizioni patologiche di cui ai**



punti 1 e 2.

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER GLI ESAMI RADIOLOGICI CON MEZZI DI CONTRASTO

Gentile Signore/a,

L'indagine diagnostica prevede l'utilizzo di:

### MEZZI DI CONTRASTO ENDOVASCOLARI

**MEZZI DI CONTRASTO ORGANOIODATI** per via venosa o arteriosa. Il mezzo di contrasto usato è stato scelto tenendo in considerazione i parametri di qualità, efficacia e tollerabilità con l'obiettivo di utilizzare il prodotto migliore presente sul mercato. Questi preparati provocano la opacizzazione per via vascolare delle strutture anatomiche e ne rendono possibile una più certa identificazione e delimitazione, consentendo spesso una migliore definizione della patologia in causa sia ai fini diagnostici che terapeutici. Il loro utilizzo può avvenire, a seconda delle necessità diagnostiche, per infusione lenta o a bolo rapido. Presso questa struttura sono utilizzati, di norma, mezzi di contrasto iodati non ionici notevolmente più sicuri ed affidabili che in passato; tuttavia, in una minima percentuale dei casi (1-3%) sono possibili reazioni avverse, spesso di grado lieve (stravasamento in sede di iniezione, sudorazione, nausea o vomito, secchezza delle fauci, orticaria) o medio, (dispnea, broncospasmo, alterazioni pressorie e del ritmo cardiaco, angina, convulsioni, lipotimia); rare, ma possibili, sono le reazioni gravi (edema della glottide, shock anafilattico), di cui severe 0.04% e molto severe 0.004%. Gli ultimi dati della letteratura riportano un decesso ogni 70.000 esami, valori non molto dissimili dalla somministrazione di penicillina o altri farmaci. Il pericolo di gravi reazioni di intolleranza (reazioni anafilattoidi dovute alla formazione di legami "macrocomplessi m.d.c. e proteine plasmatiche") ricorre più frequentemente con l'uso di mezzi di contrasto organiodati di tipo ionico. L'incidenza di reazioni anafilattoidi appare meno probabile con mezzi di contrasto non ionici per la trascurabile capacità degli stessi di legarsi alle proteine plasmatiche. I mezzi di contrasto non ionici sono oggi utilizzati in oltre il 95% delle indagini urografiche, angiografiche e di tomografia computerizzata. In caso di precedenti allergici specifici ai mezzi di contrasto iodati l'esame potrà essere effettuato, solo se ritenuto assolutamente indispensabile, previa premedicazione con farmaci antistaminici e/o cortisonici e copertura anestesiológica. Vi sono, poi, alcune malattie che, pur non rappresentando una controindicazione assoluta, aumentano notevolmente il rischio di reazioni avverse e in presenza delle quali è necessaria una valutazione preliminare circa l'effettiva necessità di eseguire l'indagine: mieloma multiplo, paraprotidemia di Waldenström, grave insufficienza epatica, insufficienza cardiaca o insufficienza renale anche lieve, nefropatie croniche anche senza insufficienza renale, tireotossicosi, allergie pregressa, ipertiroidismo, stati di debilitazione e disidratazione, asma e altre malattie allergiche, anemia falciforme.

**La preghiamo, pertanto di segnalare preventivamente al Medico Radiologo tutte le patologie di cui è portatore ed in particolare quelle prima riportate.**

Par i seguenti esami è necessaria l'iniezione endovascolare o endocavitaria (es.: fistelografia) di mezzi di contrasto: **UROGRAFIA, COLANGIOGRAFIA, FISTOLOGRAFIA, TC CON MEZZO DI CONTRASTO, ARTERIOGRAFIA, FLEBOGRAFIA.**

**MEZZI DI CONTRASTO PARAMAGNETICI (RM)** per via venosa. Questi preparati rendono possibile una migliore definizione delle strutture anatomiche e della patologia in causa e del dettaglio anatomico.

Le reazioni avverse legate al loro utilizzo si presentano in meno dell'1% dei casi e sono spesso localizzate al punto di iniezione (senso di calore). Rare le reazioni medio-gravi (0,05%) e quasi sempre di natura allergica.

**La preghiamo, comunque, di segnalare preventivamente al Medico Radiologo le patologie di cui è portatore, in particolare quelle allergiche.**

**SE LE INFORMAZIONI RIPORTATE IN QUESTO FOGLIO, FORZATAMENTE LIMITATE E SUCCINTE, LE RISULTASSERO POCO COMPRESIBILI O AVESSE DUBBI IN PROPOSITO, SI RIVOLGA CON FIDUCIA AL PERSONALE DEL SERVIZIO DEPUTATO ALL'ESECUZIONE E DELL'INDAGINE RICHIESTA, CHE LE FORNIRÀ OGNI POSSIBILE ULTERIORE CHIARIMENTO E INFORMAZIONE.**

**L'UTENTE HA LA FACOLTÀ ED OPPORTUNITÀ DI CHIEDERE ULTERIORI DELUCIDAZIONI IN OGNI MOMENTO DELL'INDAGINE.**



**Al Medico Curante**

**SCHEMA PER LA DESENSIBILIZZAZIONE ASPECIFICA NEI PAZIENTI ALLERGICI**

I pazienti che devono essere sottoposti ad un esame con iniezione con mezzo di contrasto sanno di avere allergie generiche (ad esempio alimentari, a farmaci dovranno eseguire una terapia desensibilizzante nei giorni precedenti all'indagine:

- 12 ore prima dell'esame
  - Deltacortene 25 mg 1 compresse;
  - Omeprazolo 20 mg 1 compressa;
  - Robilas 1 compressa
  
- 2 ore prima dell'esame
  - Deltacortene 25 mg 1 compresse;
  - Omeprazolo 20 mg 1 compressa;
  - Robilas 1 compressa

Per eventuali domande può rivolgersi al suo Medico Curante oppure al Medico del Servizio di Radiologia.

La Direzione Sanitaria



## PRENOTAZIONE ESAMI:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

PRENOTAZIONE per il giorno: \_\_\_\_\_, alle ore: \_\_\_\_\_

Per sottoporsi a Tac e/o Risonanza Magnetica Nucleare con Mezzo di Contrasto presso la nostra Casa di Cura, è necessario essere muniti dei seguenti esami ematochimici:

- AZOTEMIA
- CREATININA
- GLICEMIA
- EMOCROMO COMPLETO
- GOT
- GPT
- BILIRUBINEMIA

I suddetti esami ematochimici devono essere effettuati entro 30 gg. dalla data di appuntamento.

E' possibile effettuare i suddetti esami ematochimici presso il nostro Laboratorio Analisi in regime di convenzione.

Il giorno dell'esame è necessario presentarsi a **DIGIUNO**.

Prima dell'esecuzione dell'esame occorre registrarsi presso l'Ufficio Accettazione presentando la richiesta medica, un documento di riconoscimento e la tessera sanitaria nazionale.

Ricordiamo inoltre che è utile portare con sé ogni eventuale documentazione sanitaria precedentemente effettuata.

La Direzione Sanitaria

Da leggere attentamente prima di sottoporsi all'indagine diagnostica



## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER GLI ESAMI RADIOLOGICI CON MEZZI DI CONTRASTO

### Dichiarante

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

### Dichiaranti (da compilare solo in caso di necessità di "rappresentanti legali")

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

in qualità di rappresentanti legali di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

informato/i in modo chiaro e completo dal Dott. \_\_\_\_\_

sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente \_\_\_\_\_

per la quale è garantita la riservatezza dei dati personali utilizzabili per eventuali studi o pubblicazioni scientifiche;

per la quale è garantita la riservatezza dei dati personali utilizzabili per eventuali studi o pubblicazioni scientifiche;

\* sulla modalità di esecuzione dell'indagine e sulla tipologia degli strumenti utilizzati;

\* sulla composizione chimico delle sostanze iniettate per via endovenosa (mezzi di contrasto organo-iodati, ionici/non ionici, mezzi di contrasto paramagnetici) farmaci impiegati;

\* reso/i consapevole/i della  possibilità  impossibilità di effettuare indagini alternative di pari efficacia;

\* reso/i consapevole/i dei rischi relativi e di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita;

\* reso/i consapevole/i degli inconvenienti conseguenti alla mancata esecuzione dell'indagine, per l'insufficienza dei dati raccolti al fine di raggiungere una diagnosi esaustiva;

\* reso/i consapevole/i del parere del medico e che l'indagine proposta è quella che offre il miglior rapporto beneficio/rischio sulla base delle conoscenze attuali;

\* reso/i consapevole/i della  possibilità  impossibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mi/ns. richiesta;

\* reso/i consapevole/i del fatto che l'indagine possa essere modificata al manifestarsi di eventi avversi;

\* presa visione delle informazioni riportate sul retro relative all'indagine/procedura in oggetto

\* Ho ben compreso inoltre che esistono altri eventi avversi o complicanze molto più rare di cui, a richiesta, posso essere informato verbalmente;

\* Sono consapevole del fatto che il consenso può essere da me ritirato in qualsiasi momento.

### dichiara/dichiarano quanto segue

valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetta/accettano l'indagine proposta  rifiuta/rifiutano l'indagine proposta

Dichiarante/i \_\_\_\_\_

Medico Radiologo \_\_\_\_\_

(nome, cognome stampatello + firma)

Firma di eventuali testimoni \_\_\_\_\_

Firma di eventuale interprete \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**L'utente ha facoltà ed opportunità di chiedere ulteriori delucidazioni in ogni momento dell'indagine**

Ritiro il consenso \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_