

Caro Collega,

in conformità alla Nota del Ministero della Sanità del 17/9/1997 sulla utilizzazione dei mezzi di contrasto (cfr. Bollettino dell'Ordine dei Medici di Milano n°9 Novembre 97 pag. 18) è necessario conoscere le condizioni clinico - anamnestiche del Suo paziente.

<b>Cognome e Nome paziente:</b>	
<b>Data e Luogo di nascita:</b>	<b>Nazionalità:</b> <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Europea <input type="checkbox"/> Extraeuropeo
<b>Intervento mediatore/interprete:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Peso:</b> .....Kg.
Relativamente all'indagine TC .....che comporta l'utilizzo di mezzo di contrasto	

**QUESTIONARIO PRELIMINARE CLINICO – ANAMNESTICO***(da compilare a cura del Medico Prescrivente)*

Descrizione	Barrare con una crocetta	
	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Insufficienza renale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Insufficienza epatica grave	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Insufficienza cardio-vascolare grave	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Diabete	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ipertiroidismo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Anamnesi di mieloma o gammopatia monoclonale Se sì, specificare: .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Trattamento in atto con farmaci beta-bloccanti, biguanidi, interleukina, fans Se sì, specificare: .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Assunzione di alcool o droghe	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Anamnesi di allergia a mezzo di contrasto organo-iodato Se sì, specificare: .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Anamnesi di allergia ad altre sostanze Se sì, specificare: .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**ESAMI RICHIESTI** (validi fino a 30 gg. prima dell'indagine)

- creatininemia
- azotemia

In presenza di fattori di rischio è possibile che vengano richiesti esami di Laboratorio aggiuntivi o prescritte specifiche preparazioni.

*Per qualsiasi chiarimento in merito è possibile contattare il Servizio di Radiologia: 0331 476.265 - / 476.268*

**Data:** ...../...../.....**Medico prescrivente:** .....  
(cognome e nome)**Firma e Timbro:** .....

**N.B.: La presente scheda è parte integrante della documentazione clinica del Paziente e deve essere riportata il giorno dell'esame debitamente compilata e firmata dal Paziente e dal Medico prescrivente**

## NOTA INFORMATIVA per il PAZIENTE

La Tomografia Computerizzata è una tecnica radiologica che utilizza raggi X e consente lo studio di sezioni (fette) del corpo umano secondo un piano assiale. L'esame viene eseguito posizionando il paziente sul lettino che scorre all'interno del gantry (il foro al centro della macchina). I raggi X dopo aver interagito con il corpo, attraversandolo, vanno a colpire i detectori che ne registrano le modificazioni; dall'elaborazione computerizzata di questi dati si ottengono le immagini. Tubo radiogeno e detectori ruotano insieme intorno al paziente supino sul lettino; ogni rotazione fornisce una serie di dati per ciascuna sezione che viene attraversata. Dalla sua prima applicazione clinica (1973) la TC ha subito una costante innovazione tecnologica, che ha consentito di ridurre i tempi d'esame e migliorare la qualità delle immagini. Oggi, l'avvento della TC multistrato, che consente di acquisire più strati contemporaneamente, ha ulteriormente accorciato il tempo d'esame, consentendo di analizzare grandi volumi anatomici (corpo intero) in tempi assai brevi (secondi). La TC consente lo studio di diversi distretti anatomici, quali: torace, addome, collo, apparato osteo-articolare oltre a cranio e colonna vertebrale. La TC viene utilizzata quale tecnica diagnostica indispensabile, di supporto all'oncologia, alla chirurgia, all'ortopedia, alla traumatologia, alla medicina, nell'emergenza. Per eseguire la TC in modo corretto ed efficace ai fini diagnostici, è importante conoscere il sospetto clinico, così da poter eseguire l'esame con tecnica idonea. La TC viene anche utilizzata sia come guida per biopsia cito-istologica delle lesioni, specie toraciche ed addominali, sia in campo interventistico, per il trattamento di complicanze post-chirurgiche e non (es. drenaggio di ascessi).

Spesso, per eseguire la TC è necessario iniettare per via endovenosa, e/o somministrare per bocca, i mezzi di contrasto iodati, che aumentano la differenza di densità delle strutture anatomiche, consentendo di differenziarle. In questo modo è possibile riconoscere lesioni e stabilire se sono benigne o maligne. L'introduzione in vena del mezzo di contrasto comporta alcuni rischi, che devono essere noti al paziente, cosicché possa valutare con l'aiuto del medico curante il beneficio che potrebbe derivare dal risultato dell'esame in rapporto ai rischi che l'esame stesso comporta. I rischi sono dovuti principalmente a reazioni che si possono manifestare all'introduzione in vena del mezzo di contrasto, in modo del tutto imprevedibile, indipendente dalla dose, dall'abilità e dall'esperienza del medico che conduce l'esame. Le reazioni non sono frequenti e nella maggior parte dei casi sono assai lievi: si possono manifestare sotto forma di nausea, prurito, senso di calore; esse si risolvono facilmente, spontaneamente o con l'utilizzo di farmaci adeguati. Esistono tuttavia reazioni gravi, (edema della glottide, shock anafilattico) molto rare che possono condurre, in casi estremi al decesso; occorre a questo proposito aggiungere che, nel Ns centro ospedaliero, l'immediato intervento di medici specialisti rianimatori può ulteriormente ridurre il rischio di conseguenze gravi.

## CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto / a .....

Nato/a ..... il ...../...../.....

Residente a .....

Via/Piazza ..... N° .....

**SONO STATO ESAURIENTEMENTE INFORMATO SUI RISCHI CONCERNENTI L'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME TC e DELL'EVENTUALE IMPIEGO DI MEZZO DI CONTRASTO PER VIA ENDOVENA**

**ACCONSENTO**       **NON ACCONSENTO**

di SOTTOPORMI presso CODESTA STRUTTURA  
all'ESAME di TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA

Data ...../...../.....

Firma Genitori o Giudice Tutelare o Tutore Legale

Firma Paziente

Cognome e Nome Professionista che acquisisce consenso:

.....

Data ...../...../.....

FIRMA

Le condizioni psico – fisiche del paziente non consentono di fornire un'adeguata informazione, e l'acquisizione di un valido consenso poiché il paziente è affetto da .....

Si esegue comunque la procedura per motivi di assoluta necessità e al fine di salvaguardare la vita del paziente. I parenti sono stati informati e hanno preso atto della situazione.

Data ...../...../..... Documento identità nr°..... Firma e Timbro Medico prescrivente: .....

Cognome e Nome ..... Firma ..... Grado di parentela .....

**CONSENSO IN STATO DI GRAVIDANZA** (la paziente, preventivamente informata dell'esame sulla tipologia e/o sui rischi ad essa correlati)

**ACCONSENTO**       **NON ACCONSENTO**

di SOTTOPORMI presso CODESTA STRUTTURA  
all'ESAME di TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA

Data ...../...../.....

Firma Genitori o Giudice Tutelare o Tutore Legale

Firma Paziente

Cognome e Nome Professionista che acquisisce consenso:

.....

Data ...../...../.....

FIRMA