

Unità Operativa di Radiologia

NORME DI PREPARAZIONE PER COLONSCOPIA VIRTUALE-TAC ADDOME INFERIORE CON E SENZA CONTRASTO

N.B. Nel caso di allergia nota ai m.d.c. iodati, Le verrà fornita una preparazione alternativa.

Gentile paziente,

per l'esecuzione dell'esame di colonscopia virtuale è indispensabile un'accurata e completa pulizia del colon.

La invitiamo pertanto a seguire accuratamente la preparazione indicata.

Le ricordo inoltre che dovrà presentarsi il giorno dell'esame, 45 minuti prima presso l'accettazione situata al piano zero dell'area Gialla per effettuare la registrazione e l'eventuale pagamento, munito di richiesta medica e tessera sanitaria.

Il consenso informato dovrà essere firmato, compilato e riportato il giorno dell'esame, e la preparazione eseguita accuratamente, dopo visione del proprio medico di base.

Le ricordo infine di portare l'esito dell'esame del sangue della creatinina e dell'azotemia con validità di 30 giorni, oltre agli esami precedenti.

Il giorno precedente l'esame dovrà recarsi presso la radiologia al piano -1 (area arancio), intorno alle ore 18.00 circa, per la somministrazione del mezzo di contrasto. In seguito, rimarrà in osservazione per un periodo di almeno 30 minuti.

MODALITÀ DI PREPARAZIONE

1° e 2° GIORNO

- **SEGUIRE UNA DIETA PRIVA DI SCORIE** (nella tabella allegata sono elencati i cibi consentiti)
- **DOPO COLAZIONE 1 Bustina di Movicol®**
- **DOPO PRANZO 1 Bustina di Movicol®**
- **DOPO CENA 1 Bustina di Movicol®**

bere almeno 2 litri di acqua nell'arco della giornata

3° GIORNO (giorno che precede l'esame)

- **SEGUIRE UNA DIETA PRIVA DI SCORIE**
- **DOPO COLAZIONE 1 Bustina di Movicol®**
- **DOPO PRANZO 1 Bustina di Movicol®**
- **CENA** dieta liquida (vedi tabella allegata)
- **DOPO CENA 1 Bustina di Movicol®**

bere almeno 2 litri di acqua nell'arco della giornata

GIORNO DELL'ESAME

- **COLAZIONE LIQUIDA** (vedi tabella allegata)

Unità Operativa di Radiologia

Nei 3 giorni precedenti l'esame, è necessario pertanto attenersi scrupolosamente alle seguenti indicazioni:

N.B.: È necessario bere tutti i liquidi richiesti; potete bere di più ma non di meno!

TABELLA dei CIBI CONSENTITI

GENERI ALIMENTARI	CIBI CONSENTITI	CIBI DA EVITARE
FARINACEI	Pane di farina 00, cracker, biscotti.	Prodotti di farina integrale, prodotti da forno che contengano crusca, prodotti di granturco, farina d'avena, cereali a chicchi interi, pasta, riso.
DOLCI	Torte e biscotti semplici, ghiaccioli, yogurt naturale con pochi grassi, crema pasticcera, gelatine, gelato senza cioccolato e nocciole.	Cioccolato, alimenti contenente farina integrale, semi, cocco, yogurt con pezzi di frutta, frutta secca, nocciole, popcorn.
FRUTTA	Frutta cotta, banane mature.	Frutta non cotta, frutti di bosco, frutta secca, nocciole, semi
VERDURE	Patate bianche bollite senza la buccia, carote.	Tutto il resto, compreso verdure fritte o crude, broccoli, cavolo e cavolfiore, spinaci, piselli, mais e altre verdure con semi.
CONDIMENTI	Margarina, olio, maionese leggera.	Burro, strutto e qualsiasi cosa che contenga alimenti già esclusi sopra.
CARNE E SUOI SOSTITUTI	Carne di pollo e tacchino, pesce, frutti di mare, uova e formaggio leggero.	Carne rossa, salumi, fagioli, piselli, legumi, burro di arachidi, formaggio fatto con latte intero.
BRODI (dieta liquida)	Brodo vegetale (carote o patate) eliminando la parte solida delle verdure.	Passati di verdura.
BEVANDE (dieta liquida)	The, camomilla e tisane, latte scremato, tutte le bevande decaffeinatate, bevande contenenti caffeina in quantità molto ridotta, succhi di frutta senza polpa.	Caffè espresso, cappuccino, latte intero, succhi di frutta con polpa, tutte le bevande alcoliche.



ATTENZIONE!

Il giorno dell'esecuzione dell'esame, **dovrà portare con sé:**

- gli **esami di Diagnostica per Immagini precedenti**;
- analisi del sangue recenti: **Azotemia, Creatininemia**;
- la **richiesta medica** in cui vengono specificate le indicazioni all'esame;
- il **foglio di dimissione ospedaliera**, nel caso in cui Lei abbia subito ricoveri presso Ospedali o Case di Cura negli ultimi 12 mesi.



MODULO PREPARAZIONE PER PAZIENTI ALLERGICI

INDAGINI CON MEZZO DI CONTRASTO

a cura del Medico prescrittore

I pazienti da sottoporre alla sottostante preparazione devono rispondere positivamente ad una delle seguenti condizioni:

- 1) Soggetti con allergia nota al M.D.C
- 2) Soggetti allergici con precedenti di distress respiratorio, manifestazioni orticarioidi generalizzate gravi, angioedema, broncocostrizione, shock anafilattico, perdita di coscienza.

LA PREPARAZIONE PREVENTIVA DEVE ESSERE ESEGUITA SECONDO IL SEGUENTE SCHEMA:

- Prednisone 50mg – 14 ore e 2 ore prima dell'esame
- Antistaminico, secondo disponibilità commerciale, da assumere 2 ore prima della procedura
- Omeprazolo 20 mg -14 ore e 2 ore prima della procedura

Idratazione per OS, 500ml prima della procedura ed almeno 2000ml nelle 24 ore successive alla stessa

DI PERTINENZA DEL SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER LE IMMAGINI - nel caso di PAZIENTI NON precedentemente PREPARATI, se l'indagine è assolutamente indispensabile

A giudizio del medico Radiologo, l'indagine contrastografica potrà essere eseguita subito dopo il seguente schema preparatorio:

- Metilprednisolone 40mg
- Clorfenamina 10mg, o in sostituzione, Prometazina cloridrato, fiala 50mg/2ml + soluzione fisiologica 250 ml in 15 minuti circa
- Ranitidina 50mg

Data/...../..... Il Medico prescrittore

Per ulteriori informazioni è possibile contattare i numeri telefonici: 0331 476265 / 0331 476340

	ESECUZIONE di ESAME TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)	GENERALITÀ PAZIENTE
	<i>Servizio Diagnostica per Immagini</i> Dr. Luca Giuseppe Crespi	(apporre l'etichetta identificativa)

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.

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

QUESTIONARIO PRELIMINARE CLINICO – ANAMNESTICO <i>(da compilare a cura del Medico Prescrivente)</i>		
Descrizione	Barrare con una crocetta	
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 si, specificare:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Trattamento in atto con farmaci beta-bloccanti, biguanidi, interleukina, fans Se si, 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 si, specificare:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Anamnesi di allergia ad altre sostanze Se si, specificare:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

ESAMI RICHIESTI (validi fino a 30 gg. prima dell'indagine) <ul style="list-style-type: none"> • creatininemia • azotemia <p>In presenza di fattori di rischio è possibile che vengano richiesti esami di Laboratorio aggiuntivi o prescritte specifiche preparazioni.</p> <p style="text-align: center;"><i>Per qualsiasi chiarimento in merito è possibile contattare il Servizio di Radiologia: 0331 476.265 - / 476.268</i></p>

Data:/...../.....	Medico prescrivente: <i>(cognome e nome)</i>
	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

CONSULENZA in TELEGESTIONE

CONSENSO INFORMATO acquisito a seguito di *CONSULENZA in TELEGESTIONE*

Cognome e Nome Medico Radiologo

Cognome e Nome Professionista che acquisisce consenso:

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

FIRMA