



PADOVA

PONTE DI BRENTA Via Bravi, 47

CENTRO Via Sencin, 38

SCROVEGNI Via Scrovegni, 10/A

Tel. 049 622.52.11

Tel. 049 87.55.499

Tel. 049 87.59.311

GUIZZA Via Alfieri, 13

ALBIGNASEGO Via Barbarigo, 9/B

PIAZZOLA S.B. Via Ing. allo Jufficio, 1

Tel. 049 68.73.00

Tel. 049 86.25.966

Tel. 049 96.00.680

VENEZIA

MARGHERA Via Paolucci, 36

MIRA Via Bologna, 5/5A

DOLO Via Garibaldi, 52

Tel. 041 92.08.11

Tel. 041 42.658.83

Tel. 041 41.24.36

INFORMATIVA – QUESTIONARIO – CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO PER L'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA (RM) / TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)

(Il documento comprende l'**INFORMATIVA** per il paziente sul tipo di indagine ed il **QUESTIONARIO** da compilare a cura del **Medico Curante/Richiedente**)

INFORMATIVA

Nel corso dell'indagine diagnostica richiesta, per poter fornire elementi utili al Suo caso, è necessario somministrare mediante iniezione in vena una particolare sostanza detta Mezzo Di Contrasto (MDC). Questo preparato permette di riconoscere con maggiore chiarezza sia strutture normali (in particolare vie escrettrici urinarie, vasi arteriosi e venosi) sia eventuali processi patologici e spesso di precisarne la natura.

Il MDC contenente organo-iodati (per la TC) oppure gadolinio (per la RM), può, come tutti i farmaci, provocare effetti collaterali e alcune reazioni avverse. Le reazioni lievi (nausea, vomito, prurito) o moderate (vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo) sono in genere risolte con semplici provvedimenti terapeutici. Rarissimamente, si possono verificare reazioni severe (shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-respiratorio), che in casi eccezionali possono provocare anche il decesso. Nella nostra struttura l'iniezione di MDC è eseguita con la supervisione di un Medico Anestesista Rianimatore.

CONTROINDICAZIONI-FATTORI DI RISCHIO (quando il MDC non deve essere somministrato o somministrato con particolare cautela).

Sono elencati nella sezione "QUESTIONARIO" e vanno discussi e valutati con il Medico Curante / Prescrittore; nel caso la tecnica di indagine sia la Risonanza Magnetica, è da compilare con il Medico anche il Questionario relativo alla Risonanza Magnetica.

I MDC organo-iodati (per TC), sono altamente tossici per i reni e possono aggravare uno stato di insufficienza renale latente mentre l'uso di MDC contenenti gadolinio (per RM), pur non essendo direttamente tossici per i reni, aumentano il rischio di sviluppare una grave condizione medica, ma estremamente rara, la **Fibrosi Sistemica Nefrogenica (FSN)** che può manifestarsi però soltanto in presenza di insufficienza renale (grave = valori di Filtrato Glomerulare inferiori a 30 ml/min / 1,73 m²), oppure in pazienti in emodialisi o dialisi peritoneale, ed in pazienti candidati al trapianto di fegato.

È assolutamente indispensabile che il medico curante/richiedente per esami che necessitino di somministrazione endovenosa di MDC organo-iodati (per TC) o paramagnetici (per RM), escluda la presenza di Insufficienza Renale mediante test di funzionalità renale (Velocità di Filtrazione Glomerulare o Creatininemia) eseguiti non oltre 30 giorni prima dell'esame. In presenza di fattori di rischio, la valutazione della funzionalità renale deve essere eseguita nei 7 giorni antecedenti l'esame.

È necessario aspettare un periodo di almeno 7 giorni tra un esame ed un altro, se utilizzando il MDC.

Le donne in allattamento non devono sospendere l'allattamento, ma è opportuno **avisare il medico il giorno dell'esame.**

Qualora le indicazioni riportate risultassero poco comprensibili o avesse ancora dubbi in proposito, sono a sua disposizione per qualsiasi chiarimento: il nostro personale, il Medico Radiologo e il Medico Anestesista Rianimatore.

PREPARAZIONE ALL'ESAME:

- Disporre di test di Velocità di Filtrazione Glomerulare o Creatininemia eseguito **non oltre 30 giorni prima dell'esame, (7 giorni in presenza di fattori di rischio).**
- Mantenere il digiuno da almeno 6 ore prima dell'esame e non bere nell'ora precedente l'esame.
- Non sospendere il trattamento farmacologico abituale, se non specificato dal Medico Curante/Richiedente.
- Portare eventuali precedenti radiologici e la documentazione (ove esistente) relativa al quesito diagnostico.

L'esame va eseguito in **AMBIENTE PROTETTO OSPEDALIERO** in caso di:

- **allergia sospetta o confermata nei confronti dei MDC;**
- **necessità di sedazione per compiere l'esame;**
- **sclerosi multipla (RM) come quesito diagnostico o controllo di malattia;**
- **fattori di rischio e condizioni di salute particolari evidenziate dai sanitari.**

ALLA CORTESE ATTENZIONE DEL MEDICO CURANTE/RICHIEDENTE:

la compilazione del QUESTIONARIO che segue, attestante l'esistenza o meno di condizioni cliniche che possano favorire l'insorgenza di effetti collaterali di tipo medio o grave a seguito della somministrazione di Mezzi di Contrasto, è **obbligatoria** da parte del Medico Curante / Richiedente.



PADOVA

PONTE DI BRENTA Via Bravi, 47

CENTRO Via Soncin, 38

SCROVEGNI Via Scrovegni, 10/A

Tel. 049 622.52.11

Tel. 049 87.55.499

Tel. 049 87.59.311

GUIZZA Via Alfieri, 13

ALBIGNASEGO Via Barbarigo, 9/B

PIAZZOLA S.B. Via Ing. allo Jufficio, 1

Tel. 049 68.73.00

Tel. 049 86.25.966

Tel. 049 96.00.680

VENEZIA

MARGHERA Via Paolucci, 36

MIRA Via Bologna, 5/5A

DOLO Via Garibaldi, 52

Tel. 041 92.08.11

Tel. 041 42.658.83

Tel. 041 41.24.36

QUESTIONARIO MDC

COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO CURANTE/RICHIEDENTE - SE NON COMPLETAMENTE E CORRETTAMENTE COMPILATO, L'ESAME POTRÀ ESSERE ANNULLATO
- SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO -

DATI DEL PAZIENTE: Cognome: Nome: Sesso: [M] [F]

Data di Nascita: / / PESO (Kg):

TIPO DI ESAME RICHIESTO: TC con MDC organo-iodato RM con MDC paramagnetico

Ha già eseguito esami mediante Mezzo di Contrasto? [Si] [No] Distretto da esaminare:

Quesito diagnostico e notizie cliniche:

DIATESI ALLERGICA:

Comprovato rischio allergico a MDC organo-iodati (TC) o paramagnetici (RM) [Si] [No]

NOTA BENE: in caso di risposta affermativa l'esame deve essere eseguito in struttura ospedaliera

Comprovato rischio allergico a farmaci, alimenti, allergeni ambientali [Si] [No]

in caso di risposta affermativa si suggerisce di assumere il seguente pre-trattamento farmacologico da condividere col Medico Curante:

1. **Omeprazolo 20mg 1 cp** 10 minuti prima della terapia cortisonica sotto descritta (13 ore, 7 ore e 1 ora prima dell'esame);
2. **Prednisone 50 mg/os (Deltacortene forte 25 mg 2cp)** da assumere: 13 ore, 7 ore e 1 ora prima dell'esecuzione dell'esame;
3. **Antistaminico [Es.Cetirizina (Zirtec 1cp) oppure Desclorfeniramina (Polaramin 1 cp)]** da assumere 1 ora prima dell'esame.

FUNZIONALITÀ RENALE:

È obbligatoria la misurazione dei test di funzionalità renale (Velocità di Filtrazione Glomerulare o Creatininemia) eseguiti non oltre 30 giorni prima dell'esame; in presenza di fattori di rischio, la valutazione della funzionalità renale deve essere eseguita nei 7 giorni antecedenti l'esame.

Creatininemia eseguita in data, valore: **Filtrato Glomerulare (eGFR)** eseguito in data, valore:

NOTA BENE: l'esame andrà eseguito in struttura ospedaliera in caso di:

Filtrato Glomerulare < 45 ml/min per MDC organo-iodati ; Filtrato Glomerulare < 30 ml/min o paziente in dialisi per MDC paramagnetici

CONTROINDICAZIONI-FATTORI DI RISCHIO (quando il MDC non deve essere somministrato o somministrato con particolare cautela):

[Si] [No] Gravidanza	[Si] [No] Nefropatia	[Si] [No] Diabete mellito
[Si] [No] Allergie	[Si] [No] Intervento chirurgico su reni/trapianto	[Si] [No] Recente assunzione farmaci nefrotossici
[Si] [No] Asma bronchiale	[Si] [No] Proteinuria	[Si] [No] Insufficienza renale
[Si] [No] Ipertiroidismo scompensato (TC)	[Si] [No] Scompenso cardiaco	[Si] [No] Insufficienza epatica grave
[Si] [No] Mieloma multiplo	[Si] [No] Ipertensione (TC)	

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO: in caso di trattamento in atto con uno o più dei seguenti farmaci, se possibile sospendere la terapia per un tempo superiore alla emivita del farmaco oppure contattare il Medico Curante o il Medico della struttura:

[Si] **Betabloccanti** [Si] **Interleukina 2** [Si] **Metformina** [Si] **FANS** [Si] **Aminoglicosidi** [Si] **Ciclosporina** [Si] **CIS-Platino**

Data:/...../..... firma del Medico Curante / Richiedente

A CURA DEL MEDICO RESPONSABILE DELLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO

In base ai dati forniti si dichiara idoneo il paziente alla somministrazione del seguente MDC.

MDC: **Somministrazione:** **Lotto:**

Data:/...../..... firma del Medico Responsabile Somministrazione MDC

A CURA DEL PAZIENTE - CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO:

Io sottoscritto nato il ritengo di essere stato sufficientemente informato sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e reso consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio in base alle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita;

presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto e valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato

[] **Non Acconsento** alla somministrazione di Mezzo di Contrasto. [] **Acconsento** alla somministrazione del Mezzo di Contrasto.

Data:/...../..... firma del Paziente (o Genitore o Tutore)