

POLITERAPICO – POLIDIAGNOSTICO

Via Borgazzi, 87 Monza
Direttore Sanitario Dott. Rechichi Giovanni

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) SINTESI INFORMATIVA

CHE COSA E'

La TC è una tecnica diagnostica che utilizza radiazioni ionizzanti e fornisce, rispetto alla radiologia tradizionale, un miglior dettaglio morfologico di tutte le strutture anatomiche. Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di una indicazione clinica specifica; inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso per il possibile rischio di danni al feto.

A COSA SERVE

La TC è un'indagine di approfondimento diagnostico che sulla base di indicazione clinica consente di studiare problematiche traumatologiche, oncologiche, infiammatorie e, più in generale, situazioni di urgenza-emergenza di tutti i distretti corporei.

COME SI EFFETTUA

Il paziente viene posizionato su un lettino che si muove all'interno di una apparecchiatura circolare (anello - gantry) al cui interno si trovano la fonte di raggi X ed i dispositivi di rilevazione. I dati di rilevazione ottenuti vengono rielaborati da un computer che li trasforma in immagini del distretto esaminato. Esiste la possibilità di ottenere anche ricostruzioni anatomiche nei tre piani dello spazio. A discrezione del Medico Radiologo e in relazione al tipo di patologia da studiare, può essere necessario somministrare un mezzo di contrasto per via endovenosa che migliora il potere diagnostico della metodica.

COSA PUO' SUCCEDERE - EVENTUALI COMPLICANZE AL MEZZO DI CONTRASTO

Una funzionalità renale compromessa è il principale limite all'uso del mezzo di contrasto organo-iodato. Per tale motivo a testimonianza di una funzionalità renale non compromessa **è richiesto un valore della creatininemia non antecedente a 1 mese.**

I mezzi di contrasto iodati attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, ma, come tutti i farmaci, occasionalmente possono dare le seguenti reazioni:

MINORI: vampate di calore, starnuti, nausea, vomito, orticaria circoscritta. I sintomi in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono spontaneamente;

MEDIE O SEVERE: orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari o perdita di coscienza, shock anafilattico, edema della glottide. Questi sintomi richiedono di solito terapia medica, a volte l'intervento del rianimatore. In casi del tutto eccezionali, come avviene anche con altri farmaci, i mezzi di contrasto possono causare decesso. L'equipe medica, composta da Medici Radiologi, Anestesista, Tecnici di Radiologia ed Infermiere Professionale del C.D.V. sono addestrati per curare nel miglior modo possibile queste reazioni nel caso si verificassero. Esiste la possibilità di **REAZIONI TARDIVE** (entro una settimana), generalmente cutanee lievi, che si risolvono per lo più senza terapia. E' inoltre possibile la comparsa di altri effetti collaterali, più rari, generalmente di lieve-media entità, e l'aumento di probabilità di comparsa degli effetti collaterali segnalati per patologie e trattamenti farmacologici concomitanti.

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI Per l'esecuzione di un esame TC che preveda l'utilizzo del mezzo di contrasto è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore, con l'esclusione dei farmaci abitualmente assunti che possono essere ingeriti con un po' di acqua. In caso di esecuzione di esami con mezzo di contrasto è indispensabile avvertire preventivamente (al momento della prenotazione) di eventuali allergie note o condizioni asmatiche. Per ottenere la miglior qualità delle immagini e non compromettere il risultato diagnostico, durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso, il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)
CON MEZZO DI CONTRASTO

Precedenti somministrazioni di MDC: SI NO NON NOTO
Precedenti reazioni al MDC: SI NO NON NOTO
Precedenti reazioni a farmaci: SI NO NON NOTO

Quali: _____

Allergia ? SI NO NON NOTO
Mieloma ? SI NO NON NOTO
Insufficienza renale ? SI NO NON NOTO
Insufficienza epatica ? SI NO NON NOTO
Ipertiroidismo ? SI NO NON NOTO
Diabete ? SI NO NON NOTO
Assume farmaci per diabete ? SI NO NON NOTO
Assume farmaci per problemi di scompenso cardiaco? SI NO NON NOTO

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

1. In qualità di esercente la potestà sul minore _____

2. In qualità di tutore del paziente _____

Informato/a dal Dr. _____ sul tipo di indagine da eseguire e cioè TC con MDC

Reso/a consapevole:

- Sul parere sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle 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 per questo esame;
- Dei rischi relativi ad eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI NO

Data _____

Firma del Paziente _____

Presa visione delle informazioni relative all'indagine in oggetto

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

accetto l'indagine proposta

rifiuto l'indagine proposta

Data _____

Firma del Paziente _____

Medico Radiologo _____

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligato/a ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso. Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D.Lgs 196/2003.

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data _____

Firma del Paziente _____