

## CONSENSO INFORMATO PER ESAME DIAGNOSTICO CON MEZZO DI CONTRASTO PER VIA INIETTIVA

PARAMAGNETICO

ORGANO-IODATO

Esami ematochimici della funzionalità renale da eseguire preventivamente all'indagine diagnostica e da portare il giorno dell'esame:

- **creatininemia;**
- **azotemia;**
- **elettroforesi delle proteine plasmatiche.**

L'esame radiologico a cui lei deve essere sottoposto si effettua mediante introduzione nel circolo sanguigno di una **sostanza radiopaca (TC)** o **paramagnetica (RM)** necessaria per visualizzare la vascolarizzazione degli organi interni necessaria per una corretta e completa valutazione ai fini diagnostici.

L'iniezione endovasale di tale sostanza può determinare in taluni casi effetti secondari, di regola di lieve entità e di breve durata (rash cutaneo, orticaria, alterazioni del ritmo cardiaco); è anche possibile, seppur molto raramente e senza che si possa prevederne la comparsa, l'insorgenza di disturbi più gravi (edema della glottide, shock anafilattico), solo in via del tutto eccezionale pericolosi per la vita, per i quali le verranno prestate immediate ed appropriate cure mediche e **l'assistenza anestesologica** per tutta la durata dell'esame.

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

a seguito del colloquio con

il **Medico Specialista Radiologo** \_\_\_\_\_

e del **Medico Specialista Anestesista** \_\_\_\_\_

dichiara di essere stato informato dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimento, degli eventuali effetti collaterali, di quelli secondari e dei rischi che possono derivare dall'uso del mezzo di contrasto radiopaco o paramagnetico da utilizzare per **l'indagine diagnostica**:

in base all'informativa e alle risposte ricevute per gli interrogativi posti al medico, il sottoscritto rilascia il consenso all'esecuzione dell'indagine con uso del **mezzo di contrasto denominato**:

\_\_\_\_\_  
*Luogo e data*

\_\_\_\_\_  
*Firma leggibile del paziente  
il genitore (in caso minore o tutore legale)*

## MODULO PER RICHIESTA DI ESAME CON M.D.C. PER VIA INIETTIVA

(ai sensi della nota del M.d.S. del 17.9.1997)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Quesito clinico \_\_\_\_\_

**Indagine proposta:** RMN \_\_\_\_\_

TC \_\_\_\_\_

### Per la corretta valutazione clinico-anamnestica è indispensabile conoscere i dati relativi a:

Presenza di diatesi allergica o rischio allergico a MDC o ad altre sostanze Si  NO

Insufficienza epatica grave Si  NO

Insufficienza renale grave Si  NO

Insufficienza cardio-vascolare grave Si  NO

Anamnesi per mieloma e anemia falciforme Si  NO

Ipertiroidismo Si  NO

Trattamento in atto con farmaci (beta-bloccanti, biguanidi, interleukina) Si  NO

*(sospendere biguanidi da 2gg prima dell'esame, il giorno dell'esame e 2gg dopo)*

Assunzione di alcool, droghe Si  NO

*Firma del medico Curante o Richiedente*

\_\_\_\_\_

Preso atto delle informazioni assunte direttamente dal paziente, dei dati clinico-anamnestici raccolti dal Medico Curante, del quesito clinico e dell'indagine proposta, si ritiene/non ritiene di procedere all'esame:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Firma del Medico Radiologo*

\_\_\_\_\_

*Firma del Medico Anestesista*

**L'indagine verrà eseguita il giorno:** \_\_\_\_\_ **alle ore:** \_\_\_\_\_

Digiuno da almeno 4 ore Si  NO