



Casa di Cura
SAN LORENZINO

Consenso Informato relativo alla somministrazione per via iniettiva di m.d.c. iodato non ionico

M0903 - 2
Del 12/02/2011
Pag.1 di 4

RICHIESTA D'INDAGINE

In conformità alla nota del Ministero della Sanità del 17/09/97 (prot. 900. VI/11.A.G./6542) sulla utilizzazione dei Mezzi di Contrasto organo-iodati, è necessario conoscere le condizioni clinico-anamnestiche che riguardano:

Il/la Pz

Cognome.....

Nome.....

Data di

nascita.....Indirizzo.....

.....

Notizie anamnestiche

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Indagini precedenti

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Quesito diagnostico

.....
.....
.....

Firma del
Medico di Medicina Generale o
Medico di Reparto

Estratto e in parte modificato da BUR EMR 29-05-2001 N. 69

DICHIARAZIONE ANAMNESTICA PER L'USO DI MEZZO DI CONTRASTO

Dichiarazione anamnestica del Medico richiedente Ospedaliero attestante l'esistenza o meno di condizioni patologiche che possono favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medico grave in seguito all'introduzione del mezzo di contrasto.

Si certifica che

Il

Sig./ra _____

Data di
nascita _____

- NON PRESENTA ALL'ANAMNESI CONDIZIONI CLINICAMENTE ACCERTABILI CHE CONTROINDICHINO L'INDAGINE RICHIESTA**
- PRESENTA I SEGUENTI PARTICOLARI ANAMNESTICI CHE RICHIEDONO UN'ATTENTA VALUTAZIONE SULL'OPPORTUNITA' DI ESEGUIRE L'INDAGINE RICHIESTA, RICORRENDO EVENTUALMENTE A METODICHE ALTERNATIVE (L.230/95)**
- Precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzi di contrasto
 - Altre precedenti reazioni allergiche (comprovato rischio allergico)
 - Presenza di condizioni patologiche che possono favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione del mezzo di contrasto:
 - Grave insufficienza renale
 - Grave insufficienza epatica
 - Grave insufficienza cardiaca
 - Paraproteinemia di Waldestrom
 - Mieloma multiplo

In presenza di pazienti a rischio epatico, cardiologico e renale o nel sospetto clinico di una qualsiasi patologia mielomatosa, o qualora sia previsto l'uso di mezzi di contrasto iperosmolarionici, è indicato procedere ai seguenti accertamenti (creatininemia, glicemia, transaminasi, bilirubina,

proteinemia totale elettroforesi -rapporto kappa-lambda-, determinazione della proteinuria di Bence Jones.

L'assenza di segnalazioni da parte del medico Richiedente delle sopraelencate controindicazioni all'esecuzione dell'esame contrastografico, verrà considerata come risposta negativa.

Data _____

Timbro e Firma Medico di Medicina Generale o
Medico di Reparto



Casa di Cura
SAN LORENZINO

Consenso informato relativo alla somministrazione per via iniettiva di m.d.c. iodato non ionico

M0903-2
Del 12/02/2011
Pag. 3 di 4

MODULO INFORMATIVO RELATIVO ALL'USO DI MEZZO DI CONTRASTO

Il Medico proponente l'indagine radiologica e/o il Medico radiologo la informano che l'esame cui lei dovrà essere sottoposta prevede l'iniezione e/o riassorbimento per via venosa di mezzo di contrasto (m.d.c). Il m.d.c. può costituire un rischio nei pazienti che soffrono di allergia allo iodio, a farmaci o ad altre sostanze; per questo motivo è necessario che lei risponda alle seguenti domande:

- | | |
|--|-----------|
| E' allergico allo iodio? | SI ← NO ← |
| E' allergico a farmaci o ad altre sostanze? | SI ← NO ← |
| Soffre di asma allergico? | SI ← NO ← |
| Ha già eseguito precedenti esami con m.d.c.? | SI ← NO ← |

A fronte dei vantaggi della procedura richiesta, c'è la possibilità di effetti collaterali distinti in:

1. Effetti collaterali minori:
 - Fuoriuscita del m.d.c. dalla vena con conseguente irritazione della regione interessata.
 - Lieve intolleranza con comparsa di manifestazione orticarioide (prurito, arrossamento cutaneo, nausea e vomito ecc.).
2. Effetti collaterali di media gravità:
 - Sindrome vaso vagale caratterizzata da vomito, sudorazione, abbassamento della pressione arteriosa, collasso, bradicardia, dispnea, broncospasmo, convulsioni ecc.
3. Effetti collaterali maggiori:
 - Grave manifestazione di tipo anafilattoide (edema della glottide, shock anafilattico), arresto cardio-respiratorio, con necessità di intervento rianimatorio.

Secondo l'attuale letteratura mondiale la frequenza di reazioni lievi e di media gravità varia da 1 al 3%; più rare sono le reazioni collaterali di media gravità che si aggirano intorno al 4/10.000 come frequenza, mentre le reazioni maggiori si aggirano intorno a 4/100.000. Vengono riportati 2 casi di decesso ogni milione di esami, con valori non dissimili dalla somministrazione di penicillina o di altri farmaci.

E' presente anche il rischio di insufficienza renale (che recede prontamente nella maggior parte dei casi) o di un suo aggravamento nei Pz. che ne sono già portatori.

L'indagine viene effettuata tramite l'impiego dei raggi x con effetto teratogeno embriogenetico, il cui uso è sconsigliato durante la gravidanza; la preghiamo quindi di rispondere a questa domanda:


- | | | |
|----------------------------|------|------|
| E' in stato di gravidanza? | SI ⇕ | NO ⇕ |
|----------------------------|------|------|

Il/La sottoscritto/a

Dichiara di essere stato/a esaurientemente informato/a dei rischi connessi all'espletamento dell'esame richiesto, compresa l'iniezione di m.d.c. e di avere avuto tutti gli opportuni chiarimenti.

Firma leggibile del/la paziente o del tutore legale	Timbro e firma del medico richiedente
--	--

PROFILASSI	SI	NO
REAZIONI AVVERSA	NESSUNA 1° GRADO 2° GRADO 3° GRADO 4° GRADO	

 <p>Casa di Cura SAN LORENZINO</p>	Consenso Informato relativo alla somministrazione per via iniettiva di m.d.c. iodato non ionico	M0903-2 Del 21/02/2011 Pag. 4 di 4
--	--	--

**CONSENSO ACQUISITO AL MOMENTO DELL'ESECUZIONE
DELL'INDAGINE AD OPERA DEL MEDICO RADIOLOGO ESECUTORE**

Io sottoscritto/a.....
nato/a **il**.....**a**
.....

a) in qualità di esercente la potestà genitoriale e/o tutore legale per conto di.....il quale allo stato attuale è impossibilitato ad esprimere valido consenso in quanto minore o interdetto.

In piena capacità di intendere e di volere dichiaro di aver ricevuto nel corso dei colloqui intercorsi con

il/la Dott......

informazione chiara, valida e completa relativamente alla pratica diagnostica indicata come
.....
.....

cui mi devo sottoporre - devo fare sottoporre.....

Nel mio caso non sussistono - sussistono rischi specifici legati alla mia persona.

Mi sono state illustrate chiaramente indicazioni, caratteristiche di tale procedura, utilità, durata e modalità di esecuzione della stessa e le sue finalità, il rapporto rischio/beneficio, le conseguenze e le ragionevoli alternative.

Prendo atto che questa non è esente da rischi e le eventuali complicazioni che può presentare secondo le statistiche più accreditate, avendo preso visione del modulo di informazione allegato, e che mi sono state illustrate

Per chiarimento personale ho proposto i seguenti quesiti:
.....
.....
.....per i quali ho avuto una comprensibile ed esauriente risposta.

Preso atto di quanto sopra, dopo aver riflettuto sulle informazioni ricevute acconsento a sottopormi alla procedura medica propostami.

Firma leggibile del/la paziente o del tutore legale	Firma leggibile del Medico Radiologo che esegue l'indagine
--	---

Cesena, li