

NOME E COGNOME: _____
DATA E LUOGO DI NASCITA: _____ **PESO** _____ (KG)
ESAME TC: _____
QUESITO CLINICO: _____

MODULO INFORMATIVO ESAME DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA SENZA E CON CONTRASTO:

La Tomografia Computerizzata (TC) è un'indagine diagnostica che utilizza radiazioni ionizzanti (raggi X) ad alte dosi, permette uno studio dettagliato delle strutture anatomiche del corpo umano in relazione a problematiche traumatologiche, oncologiche, infiammatorie e in generale situazioni di urgenza-emergenza di tutti i distretti corporei.

L'esposizione ai raggi X può causare un danno biologico ai tessuti irradiati e pertanto non è completamente priva di rischi. La **giustificazione** dell'indagine richiesta si basa sulla consapevolezza dell'utilità per la sua salute, ovvero il beneficio rispetto ai rischi potenziali dell'irradiazione, come valutato dal medico prescrittore e dal medico radiologo. Il radiologo e il TSRM esecutore avranno cura del processo di **ottimizzazione** riducendo la dose al minimo.

Le **donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso o sospette**, in quanto il feto ha un maggior rischio di possibili danni, soprattutto nelle prime settimane di gestazione, quando i vari organi si stanno formando e sono più sensibili alle radiazioni. Una maggiore sensibilità alle radiazioni è presente anche in alcuni organi dei bambini che hanno anche un'aspettativa di vita più lunga; al riguardo sarà effettuata una accurata rivalutazione della indicazione all'esame, valutando se possibile, la possibilità di eseguire un esame senza raggi X o utilizzando particolari precauzioni.

A discrezione del Medico-Radiologo e in relazione alla patologia da studiare, può essere necessario somministrare un mezzo di contrasto organoiodato (m.d.c.) per via endovenosa che migliora il potere diagnostico della metodica.

MEZZO di CONTRASTO: COSA PUO' SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Il mezzo di contrasto organo-iodato è un farmaco ed il limite principale è la **tossicità**, in particolare in presenza di compromissione della funzionalità renale. **Per tale motivo è richiesto il dosaggio della creatininemia (max 30 giorni)**. I mezzi di contrasto iodati attualmente a disposizione sono farmaci estremamente sicuri, ma occasionalmente possono dare le seguenti **reazioni avverse**:

- ▶ **MINORI:** vampate di calore, starnuti, nausea, vomito, orticaria circoscritta, sintomi che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono spontaneamente.
- ▶ **MEDIE:** orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, edema facciale.
- ▶ **SEVERE:** battiti cardiaci irregolari o perdita di coscienza, shock anafilattico, edema della glottide, che richiedono di solito terapia medica o l'intervento del rianimatore.

In casi del tutto eccezionali, come avviene per altri farmaci, possono causare shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardiocircolatorio, decesso.

I medici ed il personale della radiologia sono formati per trattare nel miglior modo possibile queste reazioni, nel caso si verificassero. Esiste la possibilità di reazioni ritardate (entro una settimana), generalmente cutanee lievi, che si risolvono per lo più senza terapia. È altresì 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 concomitanti e l'esecuzione di altri trattamenti (farmacologici, chemioterapici, etc..).

Qualora Lei non acconsenta alla somministrazione del mdc, il Radiologo tenuto per legge a verificare l'appropriatezza degli esami che comportano l'irradiazione del paziente, si riserva, in relazione al quesito clinico, la decisione sulla utilità o meno di eseguire l'esame senza m.d.c. fornendoLe opportuni chiarimenti.

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

Per l'esecuzione di un esame 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 regolarmente assunti).

- ▶ **I pazienti che assumono ipoglicemizzanti orali tipo Metformina devono sospendere la terapia dalle 48 ore prima dell'esecuzione dell'esame alle 48 ore successive.**

In caso di esecuzione di esami con mezzo di contrasto è indispensabile avvertire preventivamente (al momento della prenotazione) di importanti allergie note e condizioni asmatiche.

► **I pazienti allergici devono seguire adeguato protocollo di preparazione.**

Per ottenere la migliore 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.

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO

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 Dott. _____

- sul tipo di indagine diagnostica TC che utilizza radiazioni ionizzanti senza/con contrasto iodato da eseguire sulle indicazioni e finalità

Reso/a consapevole:

- sul parere del 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 con questo esame;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti).

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura 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

Medico radiologo ■ _____

Eventuale interprete _____

Data _____ **Firma del paziente** ► _____

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI

NO

Data _____ **Firma del paziente** ► _____

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

Lei non è assolutamente obbligata/o 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 Regolamento UE n° 2016/679 (GDPR - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati) concernente il trattamento dei dati personali e della privacy.

La preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data _____ **Firma del paziente** ► _____