

## CONSENSO INFORMATO ALL'INIEZIONE ENDOVENOSA DI MDC DURANTE INDAGINI DIAGNOSTICHE

### DATI DEL PAZIENTE

COGNOME E NOME .....

DATA DI NASCITA ..... LUOGO DI NASCITA.....

TELEFONO .....

SETTORE ANATOMICO (specificare zona) .....

NOTIZIE CLINICHE E QUESITO DIAGNOSTICO.....

#### TIPO DI ESAME RICHIESTO:

- TAC con mdc
- RM con mdc
- ANGIOGRAFIA con mdc

CREATINEMIA (entro 30 giorni) \_\_\_\_\_ Peso (Kg) \_\_\_\_\_

### RACCORDO ANAMNESTICO PER ESAME CON MDC

Il paziente si presenta all'anamnesi:

1. Precedenti reazioni moderate/severe al MDC SI // NO
2. Allergie SI // NO (specificare eventuale trattamento).....
3. Asma SI // NO (specificare se instabile).....

#### SE SI a 1 e/o 2 e/o 3, ESEGUIRE PROFILASSI (vedi sotto)

4. Ipertireodismo SI // NO
5. Sindrome pre-coronaria acuta SI // NO
6. Scompenso cardiaco SI // NO
7. Diabete SI // NO
8. Trattamento in atto con uno dei seguenti farmaci elencati \*: SI (sottolineare quale) // NO  
β bloccanti // Interlukina 2 // Trattamento chemioterapico // Metformina\*\* // Aminoglicosidi
9. Insufficienza renale SI // NO (valore Egrf ml/min).....

#### SE SI a 9 e SOLO in caso di mdc iodati, procedere alla pre-idratazione (vedi sotto)

\*se il valore di creatinina è normale: nessun intervento; per valori anomali di creatinemia, sospensione a giudizio del curante.

\*\*solo in caso di IRC severa (IV-V stadio) (eVFG ≤ 45ml/min) sospendere la METAFORMINA 48h prima dell'esame e ripristinarla 48h dopo l'esame, previo controllo della creatinina.

DATA: .....

FIRMA DEL PAZIENTE.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO.....

**I Pazienti a rischio di reazione avversa a MdC sono identificabili nelle seguenti categorie**

([www.sirm.org/download/3584](http://www.sirm.org/download/3584)):

- Pregressa reazione allergica o simil-allergica a seguito di un'indagine con la medesima tipologia di mezzo di contrasto (per es. a base di gadolinio o di iodio);
- Presenza di asma bronchiale o orticaria-angioedema non controllati dalla terapia farmacologica;
- Mastocitosi se diagnosticata;
- Pregressa anafilassi idiopatica (ovvero storia di episodi/o di anafilassi in cui non è riconoscibile la causa scatenante).

L'allergia a molluschi, crostacei, pesci o altri alimenti e l'allergia ad altre categorie di farmaci non sono da considerarsi fattore di rischio per reazioni da ipersensibilità a MdC.

Un'anamnesi positiva per reazioni da ipersensibilità ad antisettici iodati, quali soluzione di iodopovidone (Betadine) e iodoformio, non costituisce un fattore di rischio per reazioni a MdC a base di iodio.

Ai Pazienti a rischio allergico suggeriamo un trattamento farmacologico preparatorio all'indagine radiologica con uso di MdC iodato/paramagnetico per via endovenosa, allo scopo di ridurre e/o prevenire reazioni allergiche, secondo il seguente schema:

<b>13 ore prima</b> dell'esame radiologico	PREDNISONE 50 mg in compresse per os (ad esempio 2 compresse di Deltacortene forte®)
<b>7 ore prima</b> dell'esame radiologico	PREDNISONE 50 mg in compresse per os
<b>1 ora prima</b> dell'esame radiologico	PREDNISONE 50 mg in compresse per os CETIRIZINA 10 mg 1 compressa per os

È inoltre utile consigliare al Paziente un'abbondante idratazione prima e dopo l'esame, per accelerare l'eliminazione del MdC per via renale, soprattutto nei casi di insufficienza renale ed epatica.

Il paziente dichiara di essere stato adeguatamente informato relativamente a:

- Finalità, modalità di espletamento e rischi inerenti all'esame diagnostico e/o terapeutico a cui devo essere sottoposto, necessario all'accertamento e/o cura della mia condizione clinica;
- Possibilità che l'uso del mezzo di contrasto possa causare eventi avversi non prevedibili;

Dichiaro di aver effettuato profilassi (se prescritta) SI      NO

**Donne in età fertile:** dichiaro di **NON** essere in stato di gravidanza SI      NO

Accetto di sottopormi all'esame proposto SI      NO

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_

IL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELL'ESAME preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata eventuale visita medica e/o le eventuali ulteriori indagini diagnostiche preliminari AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE:

Data \_\_\_\_\_

Firma del medico responsabile dell'esecuzione dell'esame