

**Servizio DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**

**MODULO PER RICHIESTA DI ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO (MDC)  
ORGANO-IODATO PER VIA INIETTIVA**

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

Data di nascita \_\_\_\_\_

Indagine contrastografica richiesta  TAC  Urografia  
Suggesta da \_\_\_\_\_  
Quesito clinico \_\_\_\_\_

**EVENTUALI MALATTIE NOTE (barrare se presenti)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma                              | <input type="checkbox"/> Allergopatia trattata farmacologicamente   |
| <input type="checkbox"/> Nefropatia                        | <input type="checkbox"/> Recente assunzione di farmaci nefrotossici |
| <input type="checkbox"/> Mieloma multiplo, paraproteinemia | <input type="checkbox"/> Altro                                      |

Precedenti somministrazioni di mdc: SI  NO  NON NOTO   
Precedenti reazioni a mdc: SI  NO  NON NOTO   
Precedenti reazioni a farmaci che hanno richiesto trattamento medico: SI  NO  NON NOTO  Se sì, a quali farmaci? \_\_\_\_\_  
Eventuali trattamenti concomitanti (esclusa la premedicazione): SI  NO  NON NOTO   
Se sì, specificare: metformina, farmaci nefrotossici (ciclosporine, cisplatino, aminoglicosidi, FANS, beta-bloccanti, interleukina 2, idralazina): \_\_\_\_\_

**Creatininemia:** \_\_\_\_\_ **Data esame (non anteriore a 90 giorni)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del Medico Curante

**IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER PRECEDENTI REAZIONI DI TIPO ALLERGICO A MEZZI DI CONTRASTO IODATO O A GRAVI REAZIONI DA FARMACI**

**Avvertire il Servizio di Radiologia.**

*Premedicazione del Paziente con PREDNISONE 30 mg o METILPREDNISONE 32 mg: una dose 12 ore prima dell'esame e una seconda dose 2 ore prima dell'esame, con gastroprotezione adeguata, ed in assenza di patologia diabetica scompensata.*

L'esame radiologico richiesto **non verrà eseguito** qualora il Paziente con anamnesi positiva per reazioni allergiche non risultasse premedicato secondo le prescrizioni sopra indicate.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Il Medico Curante o Richiedente

## DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

Per l'effettuazione dell'indagine richiesta è necessario essere a **digiuno**, ad esclusione dei farmaci abitualmente assunti. Il paziente è in decubito supino, sul tavolo radiologico o sul lettino porta pazienti della TAC. Attraverso ago-cannula, per via endovenosa tramite infusione o iniettore automatico, viene somministrato mezzo di contrasto iodato non ionico, addizionato a volte a soluzione fisiologica: la quantità del mezzo di contrasto varia in rapporto alla metodica, al quesito diagnostico e al distretto corporeo da esaminare. Successivamente, durante una breve apnea inspiratoria, vengono acquisite le immagini con modalità predefinite.

### TEMPI

L'indagine ha generalmente una durata media complessiva di circa 20-30 minuti.

### DOPO L'ESAME

Non sono previste controindicazioni alla ripresa delle attività ordinarie. Si consiglia di bere molto (acqua non gasata) nelle successive 24 ore.

### EVENTI AVVERSI

Il Paziente può avvertire una transitoria sensazione di calore diffusa dopo l'iniezione del mezzo di contrasto. E' possibile che durante o dopo la somministrazione di mezzo di contrasto iodato si verifichino effetti indesiderati legati a **reazioni allergiche** immediate o ritardate. In rapporto al grado di severità le reazioni possono essere lievi (nausea, vomito, dolore in sede di iniezione), moderate (dispnea, ipotensione, tachicardia) o eccezionalmente a rischio vitale (gravi aritmie, broncospasmo severo, arresto cardio-respiratorio, insufficienza renale acuta). Le reazioni ritardate (da un'ora dopo l'iniezione di mezzo di contrasto fino ad un massimo di sette giorni) consistono più frequentemente in eruzioni cutanee, sindrome simil-influenzale, disturbi gastro-intestinali.

## CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto Sig. \_\_\_\_\_ ho preso visione delle informazioni relative alla procedura radiologica proposta e ho ricevuto al bisogno risposte chiare ed esaurienti ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi o eventi avversi. Mi è noto che sono comunque state predisposte tutte le misure e precauzioni per prevenire o fronteggiare ogni eventuale complicanza.

*Per la donna: stato di gravidanza* SI  NO

### Pertanto dichiaro di

- Acconsentire allo svolgimento dell'indagine
- Non acconsentire allo svolgimento dell'indagine

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Firma del Paziente o Titolare del consenso*

**Idoneità all'esecuzione dell'esame** \_\_\_\_\_

**Il Medico Radiologo**