

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
UNITÀ OPERATIVA DI NEURORADIOLOGIA - UNITÀ OPERATIVA RADIOLOGIA

**FOGLIO INFORMATIVO, ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO
PER IL/LA PAZIENTE ALLE PROCEDURE CON MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO
(TC, UROGRAFIA, FLEBOGRAFIA, ARTERIOGRAFIA)**

Etichetta Paziente



Gentile paziente,

la procedura alla quale Le consigliamo di sottoporsi necessita di un Suo consenso, perché Lei possa, attraverso questo foglio informativo ed il colloquio con il medico, esprimere la Sua decisione. In particolare lei riceverà informazioni dettagliate su:

- la malattia di cui è affetto/a
- le eventuali/possibili complicanze che la procedura diagnostica, alla quale Le consigliamo di sottoporsi, può presentare.

Le saremo grati se, prima della procedura, leggerà con attenzione quanto qui di seguito riportato e sottoporrà alla nostra attenzione ogni Sua domanda, dubbio o chiarimento che, se risolti possano metterLa in grado di prendere una decisione informata, responsabile, serena e consapevole.

PROCEDURA DIAGNOSTICA

SINTESI SITUAZIONE

CLINICA:

.....

.....

ESAME

PROPOSTO:

.....

INFORMATIVA PER IL PAZIENTE:

Al suo arrivo il paziente verrà accolto dal personale del servizio e quindi accompagnato nella sala dedicata, verrà fatto sdraiare sul tavolo radiologico o sul lettino della TC, sarà quindi posizionato un ago cannula attraverso il quale tramite infusione (flebo) o iniettore automatico verrà somministrato un mezzo di contrasto organo-iodato. La quantità somministrata varia in rapporto alla metodica, al quesito diagnostico e al distretto corporeo da esaminare. L'indagine ha generalmente una durata complessiva di 20-60 minuti. Non sono previste controindicazioni alla ripresa delle ordinarie attività.

Nel caso in cui l'indagine richiesta preveda l'utilizzo di mezzo di contrasto è necessario essere a **digiuno** da almeno **6 ore**, ad esclusione dei farmaci abitualmente assunti che possono essere ingeriti con qualche sorso d'acqua. E' consigliata un'abbondante idratazione (almeno 1,5 litri d'acqua) il giorno prima e il giorno stesso dell'esame. Si consiglia la sospensione prudenziale dell'allattamento per le 24 ore successive alla somministrazione del mezzo di contrasto.

Si raccomanda di portare documentazione sanitaria precedente di interesse per la procedura da effettuare.

Inoltre il paziente deve presentare i risultati del dosaggio della CREATININEMIA (eseguita massimo 30 giorni precedenti alla data di esecuzione dell'esame).

LE POSSIBILI COMPLICANZE PRECOCI E TARDIVE

Durante l'infusione endovenosa del mezzo di contrasto vi è la possibilità (per cause anatomiche, fragilità della vena etc.) che si verifichi rottura del vaso con conseguente stravasamento del mezzo di contrasto nell'area dell'iniezione; in questo caso la tumefazione che si forma viene trattata con ghiaccio e pomate sintomatiche, eventualmente da proseguire anche a domicilio.

Inoltre è probabile avvertire una transitoria sensazione di calore diffusa in tutto il corpo.

E' possibile che durante e dopo la somministrazione del mezzo di contrasto si verifichino effetti indesiderati legati a **reazioni allergiche** che possono essere **immediate** o **tardive**.

In rapporto al grado di severità tali reazioni possono essere:

- **Lievi:** nausea, vomito, dolore nella sede di iniezione.
- **Moderate:** dispnea, ipotensione, tachicardia
- **Gravi** (a rischio per la vita): gravi aritmie, broncospasmo severo, arresto cardiorespiratorio, insufficienza renale acuta. In queste rare evenienze il nostro servizio dispone di personale, farmaci e attrezzature idonee all'assistenza del paziente e, in caso di necessità, vi è la pronta disponibilità del personale di rianimazione.
- Le reazioni **tardive** (da 1 ora dall'iniezione fino a 7 giorni) consistono più frequentemente in eruzioni cutanee, sindromi simil-influenzali, disturbi gastrointestinali. In questo caso è consigliato recarsi dal medico curante.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

(a cura del medico curante o specialista prescrittore)

Cognome..... Nome.....

Data di nascita..... Peso Kg..... Tel.....

Maschio Femmina Stato di gravidanza Si No

Firma paziente

VALUTAZIONE CLINICO-ANAMNESTICA

- | | | |
|---|----|----|
| • Grave insufficienza epatica..... | Si | No |
| • Grave insufficienza cardio-vascolare..... | Si | No |
| • Diabete..... | Si | No |
| • Paraproteinemia di Waldenstrom..... | Si | No |
| • Mieloma multiplo..... | Si | No |
| • Asma..... | Si | No |
| • Allergia al lattice..... | Si | No |
| • Comprovato rischio allergico mdc organo-iodato o altro.....
(se si seguire schema di pre-trattamento)* | Si | No |
| • Grave insufficienza renale (se si seguire schema di pre-trattamento)*..... | Si | No |
| • Trattamento farmacologico con metformina vedi schema*..... | Si | No |

Presentare i risultati del dosaggio della CREATININEMIA (eseguita massimo 30 giorni precedenti alla data di esecuzione dell'esame).

*Tutti i documenti sono disponibili nella sezione Allegati delle seguenti pagine dei servizi:

www.aulss8.veneto.it/neuroradiologia

www.aulss8.veneto.it/radiologia_vicenza

www.aulss8.veneto.it/radiologia_arzignano

www.aulss8.veneto.it/radiologia_noventa

Data.....

Firma del Medico.....
(curante o specialista prescrittore)

A CURA DEL /DELLA PAZIENTE

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Il/la
sottoscritto/a.....

nato/a
il.....

DICHIARA

1 – di aver ricevuto un’informazione comprensibile ed esauriente sull’atto sanitario proposto in merito alla patologia di cui sono affetto/a, alla tipologia e alla modalità di intervento propostomi, ai benefici attesi ed ai concreti limiti, ai possibili rischi, complicanze, esiti anche negativi, alla possibilità, pur molto rara, che, qualora si creassero condizioni di emergenza (rischio per la vita), si consenta al cambiamento dell’atto sanitario proposto in uno diverso per approccio e svolgimento.

2 – di essere a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell’intervento.

3 – di barrare la scelta **ACCETTO** **NON ACCETTO** liberamente, spontaneamente, in piena coscienza riguardo al mio consenso all’atto sanitario propostomi.

4 - di non esprimere o poter esprimere ulteriori osservazioni
.....
.....

5 – di poter richiedere queste ulteriori spiegazioni/informazioni sull’atto sanitario propostomi
.....
.....

FIRMA del/della paziente.....

FIRMA e TIMBRO del medico Radiologo.....

LUOGO, DATA.....

Io sottoscritto/a.....
dichiaro di voler **REVOCARE** il consenso.

Data, ora..... FIRMA.....

Per attestazione della veridicità di quanto riportato nelle **n...** pagine che costituiscono parte integrante e non divisibile della presente documentazione di informazioni mediche e dichiarazione di consenso alla procedura diagnostica cui il/la paziente deve essere sottoposto.

Firma del medico..... Luogo..... Data.....