

	Regione Veneto Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 12 Veneziana	DDI E RI 13/07/2015 Rev.01
	DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA U.O.C. NEURORADIOLOGIA      U.O.C. RADIOLOGIA	

## CONSENSO INFORMATO PER L'ALLEANZA TERAPEUTICA ESAMI RADIOLOGICI E TC CON INIEZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO

COGNOME	NOME	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
D.N.	PESO CORPOREO KG.		
RESIDENTE A / DEGENTE IN			
QUESITO DIAGNOSTICO			
ESAME PROPOSTO			

**Per sottoporsi all'esame sono necessarie compilazione e firma di questo modulo**

**Indispensabile per l'esecuzione dell'esame  
il digiuno da almeno 6 ore**

I Medici che la stanno curando ritengono opportuno che lei si sottoponga ad un esame Radiologico, per poter fornire elementi utili alla diagnosi può essere necessaria l'iniezione in una vena del braccio di un mezzo di contrasto contenente sali di iodio. Non esistono controindicazioni assolute all'iniezione di tale sostanza con eccezione per le paraproteinemie di Waldestrom, il mieloma multiplo e gravi stati di sofferenza di fegato e reni. L'iniezione di mdc ev serve per meglio inquadrare il suo problema clinico e per poterlo trattare con la terapia più adeguata, esso sarà eliminato attraverso i reni e le urine. Questi esami utilizzano Raggi X e saranno eseguiti da un Tecnico Sanitario di Radiologia Medica e da un Medico Specialista in Radiologia (Radiologo -Neuroradiologo).

Possibili complicanze possono riguardare la puntura del vaso venoso con formazione di piccoli ematomi: esse si risolvono da sole o con terapia medica.

Altre complicanze possono riguardare l'impiego di MdC (mezzi di contrasto) iodati. I MdC attualmente in uso sono molto sicuri e sono stati somministrati a milioni di persone. Peraltro, possono occasionalmente creare dei problemi:

Reazioni minori come starnuti, nausea, arrossamenti cutanei: non richiedono normalmente terapia, avvengono circa in 1 Paziente su 100 (1%);

Reazioni severe come difficoltà respiratorie, irregolarità del battito cardiaco, convulsioni e perdita di coscienza, richiedono terapia medica, avvengono circa in 1 Paziente su 6.000 (0.17%). Raramente, (in circa 1 caso su 100.000 Pazienti (0.0001%), i MdC possono causare il decesso del Paziente (cosa che avviene anche con molti altri farmaci). Inoltre il MdC può determinare un peggioramento transitorio della funzionalità renale (circa il 3% dei casi) soprattutto in Pazienti con insufficienza renale e diabete.

Pertanto, allo scopo di individuare eventuali situazioni a rischio e garantire la massima attenzione per la sicurezza del Paziente è necessario compilare il questionario seguente e firmare il modulo come consenso libero ed informato all'esecuzione dell'esame.



	Regione Veneto <b>Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 12 Veneziana</b> <b>DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E DI</b> <b>RADIOLOGIA INTERVENTISTICA</b> <b>U.O.C. NEURORADIOLOGIA                      U.U.O.C. RADIOLOGIA</b>	<b>DDI E RI</b> <b>13/07/2015</b> <b>Rev.01</b>

**RISULTA o NON RISULTA (barrare la voce scelta)**  
**la presenza di rilievi anamnestici di natura allergica. Se si è utile attuare la terapia**  
**desensibilizzante (vedi modulo PREMEDICAZIONE CONSIGLIATA PAZIENTI**  
**ALLERGICI, reperibile nel sito Aziendale o presso le Segreterie)**

<b>Anamnesi positiva per:</b>	
<b>Diabete;</b>	<input type="checkbox"/> _____
<b>Paraproteinemie;</b>	<input type="checkbox"/> _____
<b>Feocromocitoma;</b>	<input type="checkbox"/> _____
<b>Forme di grave insufficienza:</b>	epatica <input type="checkbox"/> _____ cardiovascolare <input type="checkbox"/> _____ renale <input type="checkbox"/> _____
<b>Attuale terapia con:</b>	Biguanidi <input type="checkbox"/> _____ Interleukina 2 <input type="checkbox"/> _____ β-bloccanti <input type="checkbox"/> _____ α-bloccanti <input type="checkbox"/> _____

**Il/la Signor/a (Nome e Cognome del Paziente)** \_\_\_\_\_

**Dichiara** di essere stato/a informato/a dal Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_  
 riguardo alle indagini e/o terapie proposte, sulle indicazioni e sugli eventuali rischi che da esse possono derivare.

**Conferma** di aver ricevuto informazioni e di aver ben compreso le spiegazioni che gli/le sono state fornite e, pertanto, **ACCONSENTE / NON ACCONSENTE** (barrare la voce scelta) ad essere sottoposto a questa procedura/esame.

**Accetta** inoltre di sottoporsi alle eventuali procedure d'urgenza che si rendessero indispensabili.

Dati identificativi dei genitori (per i Pazienti minori d'età) \_\_\_\_\_

Dati del/dei legali rappresentanti del Paziente (se soggetto privo in parte o del tutto di autonomia decisionale)

**Firma del Paziente (consenso informato)** \_\_\_\_\_

**Firma del/dei Legali Rappresentati del Paziente** \_\_\_\_\_

**Firma e timbro del Medico proponente l'esame** \_\_\_\_\_

**LUOGO E DATA** \_\_\_\_\_

**Firma del Medico Radiologo responsabile dell'esecuzione dell'esame** \_\_\_\_\_