



CENTRO MEDICO VENETO – Via Masotto, 4 36025 Noventa Vicentina (VI)

- via Ponticelli, 80 36020 Agugliaro (VI) – reception@cmciveneto.it -  
www.centromedicoveneto.it - 0444760303

ORTODONT SRL struttura accreditata con il SSN – Regione Veneto Prot. n. 546284 del 18.12.2019 –  
Dir. San. Dr.ssa Tchakountio Nkayep Alvine Natacha ISCR. ORD. VE06580 dal 30/07/2009

# INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO

## all'iniezione endovenosa di MDC paramagnetico nel corso di esame di Risonanza magnetica

### NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

La somministrazione del mezzo di contrasto (mdc) per via endovenosa è parte integrante dell'esame di Risonanza Magnetica (RM) e Tac (TC) e, in alcuni tipi di indagine, è indispensabile per una corretta diagnosi.

Le caratteristiche di tali farmaci permettono tranquillità d'impiego "pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione iniettabile" (Circolare del Ministero della Sanità 900.VI-11AG del 17.09.97).

Il Paziente è tenuto a presentarsi con informazioni relative alla sua funzionalità renale comprovate dal dosaggio della **creatinina ematica** eseguita non oltre 30 giorni dalla data di esame o da attestazione firmata dal medico Medico Prescrivente dalla quale non emergano segni di insufficienza renale a carico del Paziente (vedi modulo espressione ed acquisizione del consenso/dissenso informato all'esecuzione di esame RM con mdc).

Infatti i Pazienti affetti da insufficienza renale moderata e severa ai quali venga somministrato per via endovenosa un mdc contenente Gadolinio sono più esposti a danni da nefrotossicità acuta e al rischio di sviluppare una rara patologia chiamata Fibrosi Sistemica Nefrogenica (FSN). La FSN è una patologia caratterizzata da ispessimenti della cute e dei tessuti connettivi, debilitante e potenzialmente fatale. In base alle recenti evidenze in letteratura l'uso dei mdc a base di Gadolinio, in Pazienti considerati ad alto rischio, nei dializzati e/o Pazienti sottoposti a trapianto renale è strettamente legato ad una scelta consapevole fra Clinico richiedente e Medico Radiologo, nel rispetto del minor costo biologico e della migliore risposta diagnostica.

Durante l'iniezione del mdc vi è la possibilità (ad esempio per cause anatomiche o fragilità vasale) che si verifichi la rottura del vaso con conseguente stravaso nell'area di iniezione del mdc; la possibile tumefazione verrà valutata ed eventualmente trattata.

La somministrazione del mdc può talora comportare alcuni lievi effetti collaterali legati a reazioni allergiche immediate o tardive (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, dolore nella sede di iniezione, eruzioni cutanee, prurito) non prevedibili; con un'incidenza molto bassa può anche indurre reazioni allergiche gravi fino allo shock anafilattico. In queste rare evenienze il nostro Servizio dispone di Personale, farmaci ed attrezzature idonee all'assistenza del Paziente e, in caso di necessità, vi è la pronta disponibilità del personale del Servizio di Rianimazione.



CENTRO MEDICO VENETO – Via Masotto, 4 36025 Noventa Vicentina (VI)

- via Ponticelli, 80 36020 Agugliaro (VI) – reception@cmciveneto.it -  
www.centromedicoveneto.it - 0444760303

ORTODONT SRL struttura accreditata con il SSN – Regione Veneto Prot. n. 546284 del 18.12.2019 –  
Dir. San. Dr.ssa Tchakountio Nkayep Alvine Natacha ISCR. ORD. VE06580 dal 30/07/2009

Le reazioni tardive (da 1 ora dall'iniezione fino a 7 giorni) consistono in eruzioni cutanee, sindromi simil-influenzali, disturbi gastrointestinali. In questo caso è consigliato recarsi dal Medico Curante.

È necessario quindi comunicare al Medico responsabile dell'esame ogni eventuale tipo di allergia prima dell'esame stesso.

L'utilizzo di mezzo di contrasto rende consigliabile **IL DIGIUNO DA ALMENO 6 ORE<sup>1</sup>**; è consentito bere acqua ed assumere i farmaci di eventuali terapie orali in corso, che possono essere ingeriti all'orario normalmente previsto. Nell'eventualità in cui il Paziente giungesse all'esame in assenza di digiuno, sarà discrezione del Medico Radiologo procedere o meno con l'esecuzione dell'indagine con mdc.

È inoltre consigliata al paziente un'**abbondante idratazione prima e dopo l'esame**, per accelerare l'eliminazione del mezzo di contrasto, che avviene per via renale.

L'eventuale stato di gravidanza deve essere preventivamente comunicato al Medico responsabile dell'esame.

L'impiego di Gadolinio in gravidanza richiede la valutazione del rapporto rischio/beneficio (*Xagena* 2003).

Se è in corso l'allattamento occorre farlo presente al Personale di servizio e al Medico Radiologo; di norma non è necessaria alcuna ulteriore precauzione perché alcuni mdc disponibili in questa struttura sono utilizzabili durante il periodo di allattamento (Ministero della Salute – Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno, 2014).

Ogni eventuale chiarimento in merito all'esecuzione dell'esame con mdc può essere richiesto in qualsiasi momento al Personale dell'unità operativa, sempre presente all'interno della struttura.

---

<sup>1</sup>ESUR Guidelines on Contrast Agents 10.0



CENTRO MEDICO VENETO – Via Masotto, 4 36025 Noventa Vicentina (VI)

- via Ponticelli, 80 36020 Agugliaro (VI) – reception@cmciveneto.it -  
www.centromedicoveneto.it - 0444760303

ORTODONT SRL struttura accreditata con il SSN – Regione Veneto Prot. n. 546284 del 18.12.2019 –  
Dir. San. Dr.ssa Tchakountio Nkayep Alvine Natacha ISCR. ORD. VE06580 dal 30/07/2009

## ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ESAME RM CON MDC

### DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO PRESCRIVENTE L'INDAGINE:

Sig/Sig.ra: \_\_\_\_\_ Nato/a il: \_\_\_\_\_ Peso (Kg): \_\_\_\_\_

Altezza (cm): \_\_\_\_\_ Recapito Telefonico: \_\_\_\_\_

Residente: \_\_\_\_\_

Medico richiedente l'esame: \_\_\_\_\_

Quesito diagnostico: \_\_\_\_\_

Distretto corporeo oggetto dell'indagine: \_\_\_\_\_

Note anamnestiche utili: \_\_\_\_\_

#### Indicazioni cliniche la cui positività controindica la somministrazione di mdc paramagnetico, prediligendo indagini alternative:

NON RISULTA /  RISULTA anamnesi positiva per **reazioni allergiche al mdc paramagnetico**;

NON RISULTA /  RISULTA la presenza di **insufficienza renale** moderata o grave. Entro 30 giorni prima dell'esame è necessario il dosaggio della creatininemia, il cui risultato deve essere portato in visione dal Paziente al momento dell'esecuzione dell'esame.

Se risulta insufficienza renale indicare se:

Moderata (GFR 30-45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>)

Grave (GFR < 30ml/min/1,73m<sup>2</sup>)

**In assenza di tale documentazione (creatininemia) il Medico Prescrivente l'esame dichiara che il paziente non è affetto da alcuna forma di insufficienza renale.**

#### SOLO PER LE DONNE IN ETA' FERTILE

NON RISULTA     RISULTA possibile stato di gravidanza

Il/la Paziente, informato/a dal Medico Prescrivente Dr. \_\_\_\_\_ sul tipo di indagine diagnostica da eseguire (RM con mdc), reso/a consapevole:

- sul parere del Medico che il trattamento diagnostico proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle attuali conoscenze;



CENTRO MEDICO VENETO – Via Masotto, 4 36025 Noventa Vicentina (VI)

- via Ponticelli, 80 36020 Agugliaro (VI) – reception@cmciveneto.it -  
www.centromedicoveneto.it - 0444760303

ORTODONT SRL struttura accreditata con il SSN – Regione Veneto Prot. n. 546284 del 18.12.2019 –  
Dir. San. Dr.ssa Tchakountio Nkayep Alvine Natacha ISCR. ORD. VE06580 dal 30/07/2009

- della possibilità che l'indagine una volta avviata, possa essere interrotta a richiesta dello Stesso, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi relativi ad eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti);

Preso visione delle note informative inerenti l'esame in oggetto con mezzo di contrasto (Gadolinio), valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato

ACCONSENTE ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

RIFIUTA L'ESAME PROPOSTO

Il Medico Prescrivente

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma \_\_\_\_\_

Il/la Paziente informato/a dell'indicazione all'indagine e degli eventuali rischi, dichiara di acconsentire allo svolgimento dell'esame.

Data \_\_\_\_\_

Firma Paziente (o chi ne fa le veci nei casi previsti dalla legge)

\_\_\_\_\_

Note Medico Radiologo \_\_\_\_\_

Firma Medico Radiologo \_\_\_\_\_



CENTRO MEDICO VENETO – Via Masotto, 4 36025 Noventa Vicentina (VI)

- via Ponticelli, 80 36020 Agugliaro (VI) – reception@cmciveneto.it -  
www.centromedicoveneto.it - 0444760303

ORTODONT SRL struttura accreditata con il SSN – Regione Veneto Prot. n. 546284 del 18.12.2019 –  
Dir. San. Dr.ssa Tchakountio Nkayev Alvine Natacha ISCR. ORD. VE06580 dal 30/07/2009

## INFORMAZIONE PER IL PAZIENTE E CONSENSO INFORMATO PER ESAME RISONANZA MAGNETICA

*Questo modulo raccoglie le informazioni necessarie al corretto espletamento dell'esame richiesto. Si prega di leggerlo e compilarlo con attenzione. Il paziente avrà cura di consegnarlo al personale sanitario il giorno dell'esame.*

### **CHE COS'È?**

La risonanza Magnetica (RM) è una metodica diagnostica che utilizza campi magnetici e onde elettromagnetiche. È un esame diagnostico non invasivo e, in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza. Tuttavia è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza, eccetto casi di urgenza e con particolare attenzione al principio di giustificazione.

### **A COSA SERVE?**

Viene utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico dell'encefalo, della colonna vertebrale, dell'addome, pelvi dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico (articolazioni, ossa, tessuti molli).

### **COME SI EFFETTUA?**

L'esame non è doloroso. Il paziente viene sdraiato su un lettino e in relazione al tipo d'organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare; queste non provocano nessun fastidio essendo appoggiate sul corpo.

L'esame ha una durata media di 30 minuti ma può variare in relazione ad esigenze cliniche ed al numero di distretti anatomici da esaminare. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio.

### **COSA PUÒ SUCCEDERE?**

Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori che possono sospendere o interrompere l'esame.

### **PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI**

Il **Paziente**, può essere sottoposto all'esame RM, previa esclusione di ogni possibile controindicazione verificata attraverso la compilazione del **questionario anamnestico di accesso alla Risonanza Magnetica**, riportato di seguito, e previa sottoscrizione del **consenso informato**.

**Prima** dell'esame si chiede di:

- depositare ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito etc);
- togliere eventuali protesi dentarie mobili e apparecchi per l'udito;
- togliere lenti a contatto od occhiali;
- spogliarsi ed indossare eventualmente il camice fornito dal personale di servizio.
- evitare di truccare il viso e di utilizzare lacca per capelli perché possono creare artefatti che riducono la qualità dell'immagine.
- indossare il camice monouso e i tappi auricolari forniti dal personale di servizio (su richiesta)

**Non è necessario il digiuno per esami RM senza mezzo di contrasto.**



CENTRO MEDICO VENETO – Via Masotto, 4 36025 Noventa Vicentina (VI)

- via Ponticelli, 80 36020 Agugliaro (VI) – reception@cmciveneto.it -  
www.centromedicoveneto.it - 0444760303

ORTODONT SRL struttura accreditata con il SSN – Regione Veneto Prot. n. 546284 del 18.12.2019 –  
Dir. San. Dr.ssa Tchakountio Nkayep Alvine Natacha ISCR. ORD. VE06580 dal 30/07/2009

L'esame viene eseguito da un Tecnico Sanitario di Radiologia Medica appositamente formato. Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado d'immobilità, respirando regolarmente. Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad esempio per l'ipertensione o il diabete). Sono previsti strumenti di comunicazione di comunicazione con il personale che è sempre presente durante l'esame. In qualsiasi momento l'esame può essere sospeso. Non è prevista alcuna controindicazione alla ripresa delle normali attività dopo l'esame.

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

Compilazione a cura dell'equipe RMN

### Dati del Paziente

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

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Residenza \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_

Indagine richiesta \_\_\_\_\_ Medico richiedente \_\_\_\_\_

### Anamnesi positiva per:

Soffre di claustrofobia?

Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore o carrozziere?

Ha mai subito incidenti stradali o di caccia?

È stato vittima di traumi da esplosione?

Ha subito interventi chirurgici su: **Testa** \_\_\_\_\_ **Collo** \_\_\_\_\_ **Torace** \_\_\_\_\_ **Addome** \_\_\_\_\_

**Estremità** \_\_\_\_\_ **Occhi** \_\_\_\_\_ **Altro** \_\_\_\_\_ ?

### È portatore di:

*Pace-maker* o altro tipo di cateteri cardiaci? SI  NO

Clips (punti metallici) e *stent* su aneurismi (vasi sanguigni) aorta o cervello? SI  NO

Valvole cardiache? SI  NO

Distrattore (protesi) della colonna vertebrale? SI  NO

Defibrillatori, Pompe di infusione di insulina o altri farmaci? SI  NO

Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito? SI  NO

Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SI  NO

Catetere spinale o ventricolare (in pazienti affetti da idrocefalo) SI  NO

Protesi metalliche (pregresse fratture, interventi articolari correttivi, etc) viti, chiodi, fili etc. SI  NO

eventuale localizzazione (specificare) \_\_\_\_\_

Protesi dentarie: **Fisse?** SI  NO  **Mobili?** SI  NO  **Protesi del cristallino?** SI  NO

Schegge o frammenti metallici SI  NO  È portatore di piercing, tatuaggi, cerotti medicanti? SI  NO

È affetto da anemia falciforme (anemia mediterranea) con ematocrito elevato? SI  NO

È sottoposto a dialisi? SI  NO

Ritiene di avere protesi/apparecchi all'interno del corpo di cui potrebbe non essere a conoscenza? SI  NO

### Per le donne:

È in stato di gravidanza certa o presunta? SI  NO

È portatrice di dispositivi intrauterini/spirale (IUD)? SI  NO



CENTRO MEDICO VENETO – Via Masotto, 4 36025 Noventa Vicentina (VI)

- via Ponticelli, 80 36020 Agugliaro (VI) – reception@cmciveneto.it -  
www.centromedicoveneto.it - 0444760303

ORTODONT SRL struttura accreditata con il SSN – Regione Veneto Prot. n. 546284 del 18.12.2019 –  
Dir. San. Dr.ssa Tchakountio Nkayep Alvine Natacha ISCR. ORD. VE06580 dal 30/07/2009

**ATTENZIONE: in caso di paziente con peso superiore a 220 Kg, NON sarà possibile effettuare l'indagine diagnostica richiesta.**

**IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA**

preso atto delle risposte fornite dal soggetto ed espletati tutti gli accertamenti del caso autorizza l'accesso al sito  
Risonanza Magnetica

Data:

Timbro e firma del Medico Radiologo

## COMPILARE A CURA DEL PAZIENTE

### CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE

Io sottoscritto ..... nato il ..... ritengo di essere stato sufficientemente informato sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e reso consapevole:

- che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio in base alle 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/complicanze eventuali per la salute (temporanei e permanenti) legati all'esposizione a campi elettromagnetici;

Preso visione delle informazioni relative all'indagine /procedura in oggetto e valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Data: \_\_\_\_\_

Firma del paziente o del titolare del consenso  
(genitore/esercente potestà genitoriale/tutore legale/amm. di sostegno)

**PRE-TRATTAMENTO FARMACOLOGICO IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER  
PRECEDENTI REAZIONI DI TIPO ALLERGICO A MEZZI DI CONTRASTO (LIEVI O  
MODERATE) O GRAVI REAZIONI ALLERGICHE AI FARMACI<sup>2</sup>**

<sup>2</sup>Riferimento bibliografico: Mezzi di contrasto – Linee guida [www.sirm.org/it/mezzi-di-contrasto.html](http://www.sirm.org/it/mezzi-di-contrasto.html)





CENTRO MEDICO VENETO – Via Masotto, 4 36025 Noventa Vicentina (VI)

- via Ponticelli, 80 36020 Agugliaro (VI) – reception@cmciveneto.it -  
www.centromedicoveneto.it - 0444760303

ORTODONT SRL struttura accreditata con il SSN – Regione Veneto Prot. n. 546284 del 18.12.2019 –  
Dir. San. Dr.ssa Tchakountio Nkayep Alvine Natacha ISCR. ORD. VE06580 dal 30/07/2009

Si suggerisce di eseguire il seguente pre-trattamento farmacologico da condividere con il Medico Curante:

1. OMEPRAZOLO 20mg 1 cp 10 minuti prima della terapia cortisonica sotto descritta (13 ore, 7 ore e 1 ora prima dell'esame);
2. Terapia Cortisonica: PREDNISONA 50mg/os (Deltacortene forte 25mg 2cp) da assumere: 13 ore, 7 ore e 1 ora prima dell'esecuzione dell'esame.;
3. ANTISTAMINICO [Es. Cetirizina (Zirtec 1 cp) oppure Desclorfeniramina (Polaramin 1 cp)] da assumere 1 ora prima dell'esame.

## INFORMAZIONE PER IL PAZIENTE E CONSENSO INFORMATO PER ESAME TAC CON INIEZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO

*Questo modulo raccoglie le informazioni necessarie al corretto espletamento dell'esame richiesto. Si prega di leggerlo e compilarlo con attenzione. Il paziente avrà cura di consegnarlo al personale sanitario il giorno dell'esame.*

### **Gentile Paziente,**

Nel corso dell'indagine radiologica prescritta, per poter fornire elementi utili alla diagnosi e cura, è necessario somministrare una particolare sostanza, iodata non ionica, detta mezzo di contrasto (Mdc).

I Mdc vengono utilizzati per eseguire alcuni esami diagnostici (Tac, Risonanza magnetica, ultrasuoni, etc.) e sono impiegati per visualizzare con maggiore accuratezza un organo o una patologia.

Possono essere iniettati per via endovenosa, per via intraarteriosa o intracavitaria. Essi saranno poi eliminati attraverso i reni con le urine.

### **POSSIBILI COMPLICANZE / EFFETTI COLLATERALI / REAZIONI AVVERSE:**

Non esistono controindicazioni assolute all'iniezione di Mdc, con eccezione per le paraproteinemie di Waldstrom, il mieloma multiplo e gravi stati di sofferenza di fegato e reni. Queste malattie, pur non rappresentando una controindicazione assoluta, possono aumentare il rischio di eventi avversi; pertanto richiedono una valutazione preliminare circa l'effettiva necessità di eseguire la somministrazione di mezzo di contrasto.

Possibili complicanze possono riguardare la puntura del vaso venoso con formazione di piccoli ematomi o rigonfiamenti che si risolvono da soli o con terapia medica.

Altre complicanze possono riguardare l'impiego del Mdc. I Mdc attualmente in uso sono molto sicuri e sono stati somministrati a milioni di persone. Tutti i Mdc possono causare reazioni di ipersensibilità, caratterizzate da diverso livello di gravità.

**LIEVI:** nausea, prurito, vomito, rari ponfi autolimitantesi, arrossamenti cutanei. **Non richiedono normalmente terapia** e avvengono circa in 1 paziente su 100 (1%).

**MODERATE/GRAVI:** vomito profuso, orticaria diffusa, eritema generalizzato, edema facciale, broncospasmo, ipertensione, anafilassi/shock anafilattico, irregolarità del battito cardiaco, convulsioni, perdita di coscienza, asma e, come può avvenire per altri farmaci, decesso. **Richiedono terapia medica immediata**, avvengono circa 1 caso su 100.000 pazienti (0,00001%). Inoltre può determinare un peggioramento transitorio della funzionalità renale, specie in pazienti con insufficienza renale e diabete. Possono verificarsi immediatamente dopo l'iniezione e fino a 30 minuti dalla somministrazione. Sono tuttavia possibili reazioni ritardate (dopo ore e fino a 7 giorni) normalmente di tipo orticaroidi. Dopo l'iniezione di Mdc è necessario riferire immediatamente qualsiasi segno o sintomo ritenga si sia manifestato durante l'esame; per esempio: difficoltà di respirazione, gonfiore al viso o al collo, capogiri, prurito, eritema, orticaria. Si consiglia inoltre una buona idratazione nelle 24 ore successive all'esame.

La preghiamo pertanto di segnalare preventivamente al Medico richiedente l'esame (Medico curante o Specialista) e al Medico Radiologo tutte le patologie di cui è portatore ed in particolare quelle sopra elencate.





CENTRO MEDICO VENETO – Via Masotto, 4 36025 Noventa Vicentina (VI)

- via Ponticelli, 80 36020 Agugliaro (VI) – reception@cmciveneto.it -  
www.centromedicoveneto.it - 0444760303

ORTODONT SRL struttura accreditata con il SSN – Regione Veneto Prot. n. 546284 del 18.12.2019 –  
Dir. San. Dr.ssa Tchakountio Nkayep Alvine Natacha ISCR. ORD. VE06580 dal 30/07/2009

### **PREPARAZIONE ALL'ESAME:**

- indispensabile che il Medico curante/richiedente l'esame, prescriva un test di Velocità di Filtrazione Glomerulare o **Creatinemia** da eseguire non oltre 30 giorni prima dell'esame (7 giorni in presenza di fattori di rischio), fondamentale per escludere la presenza di Insufficienza Renale.
- Mantenere il **diguno da almeno 6 ore** prima dell'esame e non bere nell'ora precedente l'esame.
- **Non sospendere** il trattamento farmacologico abituale, se non specificato dal medico curante/richiedente.
- Le donne in allattamento NON devono sospendere l'allattamento, ma è opportuno avvisare il medico il giorno dell'esame.

### **IMPORTANTE: SI RICORDI DI PORTARE CON SE'**

- l'impegnativa del medico curante;
- il consenso informato **compilato e firmato con** il medico curante/specialista;
- tutta la documentazione, ove esistente, relativa al quesito diagnostico;
- il referto della CREATININEMIA eseguito non oltre 30 giorni prima dell'esame (7 giorni in presenza di fattori di rischio).

### **SI RICORDI CHE:**

La compilazione del questionario che segue, attestante l'esistenza o meno di condizioni cliniche che possono favorire l'insorgenza di effetti collaterali di tipo medio o grave a seguito della somministrazione dei Mezzi di Contrasto, è **OBBLIGATORIA** da parte del medico curante.



CENTRO MEDICO VENETO – Via Masotto, 4 36025 Noventa Vicentina (VI)

- via Ponticelli, 80 36020 Agugliaro (VI) – reception@cmciveneto.it -  
www.centromedicoveneto.it - 0444760303

ORTODONT SRL struttura accreditata con il SSN – Regione Veneto Prot. n. 546284 del 18.12.2019 –  
Dir. San. Dr.ssa Tchakountio Nkayep Alvine Natacha ISCR. ORD. VE06580 dal 30/07/2009

## ANAGRAFICA E CONSENSO TAC CON INIEZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO

*A CURA DEL MEDICO CURANTE*

QUESTIONARIO MDC (compilare completamente e correttamente in ogni sua parte)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Quesito clinico \_\_\_\_\_ Esame prescritto \_\_\_\_\_

### **Anamnesi positiva per:**

Comprovato rischio allergico a Mdc iodati, farmaci o altre sostanze SI  NO   
(se **SI** indicare è raccomandato effettuare pre-trattamento farmacologico indicato a pag.3)

Insufficienza epatica grave SI  NO

Insufficienza renale Lieve/Moderata SI  NO   
(se **SI** indicare il valore della Creatininemia.....mg/dl – esame eseguito il .....)

Insufficienza cardiovascolare grave/scompenso cardiaco SI  NO

Mieloma, Paraproteinemie, Diabete SI  NO

Ipertiroidismo SI  NO

Asma SI  NO

Trattamento in atto con farmaci ( $\alpha$ -bloccanti,  $\beta$ -bloccanti Biguanidi, Interleukina 2)  
(se assume **METFORMINA** sospendere la terapia 48 ore prima dell'esame) SI  NO

Assunzione di alcool o droghe SI  NO

Gravidanza presunta o in atto (per le donne in età fertile) SI  NO

Timbro e firma del Medico Curante/Richiedente



CENTRO MEDICO VENETO – Via Masotto, 4 36025 Noventa Vicentina (VI)

- via Ponticelli, 80 36020 Agugliaro (VI) – reception@cmciveneto.it -  
www.centromedicoveneto.it - 0444760303

ORTODONT SRL struttura accreditata con il SSN – Regione Veneto Prot. n. 546284 del 18.12.2019 –  
Dir. San. Dr.ssa Tchakountio Nkayep Alvine Natacha ISCR. ORD. VE06580 dal 30/07/2009

### *A cura del Paziente*

## **CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO:**

Io sottoscritto ..... nato il ..... ritengo di essere stato sufficientemente informato sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e reso consapevole:

- che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio in base alle 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 ad eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita;
- della dichiarazione di NON ESSERE in stato di gravidanza;
- della dichiarazione di aver effettuato il pre-trattamento farmacologico se prescritto.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine /procedura in oggetto e valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Paziente o del titolare del consenso (genitore o tutore legale)

\_\_\_\_\_

## **A CURA DEL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO**

In base ai dati forniti il paziente è dichiarato IDONEO alla somministrazione del seguente MDC:

MDC ..... (etichetta/lotto) .....

Data: \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico Radiologo \_\_\_\_\_



CENTRO MEDICO VENETO – Via Masotto, 4 36025 Noventa Vicentina (VI)

- via Ponticelli, 80 36020 Agugliaro (VI) – reception@cmciveneto.it -  
www.centromedicoveneto.it - 0444760303

ORTODONT SRL struttura accreditata con il SSN – Regione Veneto Prot. n. 546284 del 18.12.2019 –  
Dir. San. Dr.ssa Tchakountio Nkayep Alvine Natacha ISCR. ORD. VE06580 dal 30/07/2009

## PRE-TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

PER PRECEDENTI REAZIONI DI TIPO ALLERGICO A MEZZI DI CONTRASTO (LIEVI O MODERATE) O  
GRAVI REAZIONI ALLERGICHE AI FARMACI

Si suggerisce di eseguire il seguente pre-trattamento farmacologico **da condividere** con il **Medico Curante**:

1. OMEPRAZOLO 20mg 1cp 10 minuti prima della terapia cortisonica sotto descritta (13 ore, 7 ore e 1 ora prima dell'esame);
2. Terapia Cortisonica: PREDNISONA 50mg/os (Deltacortene forte 25mg 2cp) da assumere: 13 ore, 7 ore e 1 ora prima dell'esecuzione dell'esame;
3. ANTISTAMINICO [Es. Cetirizina (Zirtec 1 cp) oppure Desclorfeniramina (Polaramin 1 cp)] da assumere 1 ora prima dell'esame<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup>Riferimento Bibliografico: Mezzi di contrasto / Linee guida [www.sirm.org/it/mezzi – di – contrasto.html](http://www.sirm.org/it/mezzi-di-contrasto.html)