

RICHIESTA ESAME

Visto il paziente,
 (Cognome e Nome):

Data di nascita:

Ricoverato/a presso U.O. Ambulatoriale,
 in base alla valutazione clinico- anamnestica e/o la patologia diagnosticata:

si consiglia e si richiede **indagine contrastografica**:

Quesito clinico:

RACCORDO ANAMNESTICO

.....

.....

.....

.....

MALATTIE NOTE

SI	NO	Insufficienza renale grave
SI	NO	Insufficienza cardio-vascolare grave
SI	NO	Insufficienza epatica grave
SI	NO	Diabete
SI	NO	Anamnesi per mieloma, m. di Waldenström

SI	NO	TRATTAMENTO IN ATTO CON FARMACI (se si specificare quali)
----	----	--

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beta-bloccanti | <input type="checkbox"/> Biguanidi | <input type="checkbox"/> Interleuchina | <input type="checkbox"/> FANS |
| <input type="checkbox"/> Ciclosporine | <input type="checkbox"/> Cisplatino | <input type="checkbox"/> Amino glicosidi | <input type="checkbox"/> Idralazina |

SI	NO	Comprovato rischio allergico a mdc o altre sostanze (se si specificare)
		Eventi:
		Sostanze:



PREVENZIONE DEL DANNO RENALE ACUTO ASSOCIATO ALL'UTILIZZO DI MEZZO DI CONTRASTO

Determinazione della funzione renale entro 7 giorni dalla procedura nei pazienti ospedalizzati e non anteriore a 30 giorni dalla procedura nei pazienti ambulatoriali (salvo eventi acuti intercorrenti).

Attenta valutazione da parte del clinico della terapia in atto con particolare riguardo ai farmaci nefrotossici (FANS, inibitori del sistema renina-angiotensina, diuretici, antibiotici, metformina).

Sospensione di inibitori del sistema renina-angiotensina e di Metformina 3 giorni prima della procedura #; Evitare somministrazione di FANS nei 3 giorni precedenti la procedura; Mantenimento in terapia/sospensione di diuretici e antibiotici a giudizio clinico.

La successiva reintroduzione in terapia andrà valutata sulla scorta di un controllo degli esami di funzione renale eseguito a 72 ore dalla procedura.

  <p>Sistema Socio Sanitario Carlo Poma Regione Lombardia ASST Mantova</p>	MODULO PER RICHIESTA E CONSENSO INFORMATO DI ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO (m.d.c.) ORGANO-IODATO PER VIA INIETTIVA	MOD398POL10MQ07 Data 28/04/2026 Rev. 5 Pagina 2 di 6
---	---	---

Funzione renale *	Prima della procedura	Follow-up clinico-laboratoristico
30 ≤ eGFR ≤ 60 ml/min	Non indicata nefroprotezione.	Controllo esami di funzione renale a 72 ore dalla procedura §
15 ≤ eGFR < 30 ml/min	Sodio bicarbonato 1,4% ev 3 ml/Kg/ora nell'ora precedente la somministrazione di mdc	Controllo esami di funzione renale a 72 ore dalla procedura §
eGFR < 15 ml/min o insufficienza renale acuta	Consulenza nefrologica	Controllo esami di funzione renale a 72 ore dalla procedura §
Dialisi (emodialisi o dialisi peritoneale)	Non indicata nefroprotezione (salvo presenza di significativa diuresi residua). Non necessario eseguire seduta emodialitica dopo la somministrazione di mezzo di contrasto.	

* eGFR calcolato mediante equazione CKD-EPI.

§ In caso di incremento della creatinina ≥ 0,3 mg/dl in valore assoluto o ≥ 1,5 volte rispetto al basale necessario proseguo di monitoraggio laboratoristico o consulenza nefrologica a discrezione del clinico.

Valutati gli indici di funzionalità renale, eseguiti in data ⁽¹⁾

CREATININEMIA (valore)	GFR (valore)
---------------------------------	-----------------------

si ritiene

- NON INDICATA nefroprotezione** (idratazione) prima della procedura
- INDICATA nefroprotezione** (idratazione) prima della procedura

Data **FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO PRESCRIVENTE**

(1) entro 7 giorni dalla procedura nei pazienti ospedalizzati e non anteriore a 30 giorni dalla procedura nei pazienti ambulatoriali (salvo eventi acuti intercorrenti).

Informativa TC

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 sulle eventuali/possibili complicanze che la procedura diagnostica, alla quale Le consigliamo di sottoporsi, può presentare.

Prima della procedura, legga pertanto con attenzione quanto qui di seguito riportato.

La invitiamo a sottoporre alla nostra attenzione ogni Sua domanda, dubbio o chiarimento perché possa prendere una decisione informata, responsabile, serena e consapevole.

DESCRIZIONE DELL'ESAME

La Tomografia Computerizzata (TC) è una tecnica radiodiagnostica che sfrutta fasci di radiazioni ionizzanti (Raggi X) che attraversando il corpo riproducono, con l'ausilio di un computer, immagini in sezione (tomografia) delle strutture corporee. Le moderne apparecchiature acquisiscono interi volumi della parte del corpo esaminata (fase di acquisizione) per poter poi successivamente ricostruire le immagini secondo tutti i

 <p>Sistema Socio Sanitario Carlo Poma Regione Lombardia ASST Mantova</p>	<p>MODULO PER RICHIESTA E CONSENSO INFORMATO DI ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO (m.d.c.) ORGANO-IODATO PER VIA INIETTIVA</p>	<p>MOD398POL10MQ07 Data 28/04/2026 Rev. 5 Pagina 3 di 6</p>
---	--	---

piani dello spazio (fase di postprocessing). Essa può essere utilizzata per esaminare qualsiasi parte del corpo (cranio e massiccio facciale, collo, torace, addome e arti), consentendo di studiare dettagliatamente e contemporaneamente strutture ossee, tessuti molli, parenchimi e vasi sanguigni per arrivare alla diagnosi di numerose patologie. In alcuni casi può essere necessario l'impiego di un mezzo di contrasto.

In sintesi, la TC è una tecnica diagnostica che fornisce un miglior dettaglio morfologico di tutte le strutture anatomiche rispetto alla radiologia tradizionale: tuttavia essa espone il paziente ad una dose maggiore di radiazioni ionizzanti, perciò se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica; per il possibile rischio di danni al feto le donne in età fertile devono inoltre escludere la possibilità di gravidanze in corso, causa di esclusione per l'esecuzione dell'indagine. L'invio e l'elaborazione dei dati avviene nel rispetto della Legge della Privacy.

A COSA SERVE

È un'indagine di approfondimento diagnostico che, sulla base di indicazione clinica, consente di studiare problematiche traumatologiche, oncologiche, infiammatorie e, più in generale, situazioni di urgenza-emergenza di tutti i distretti corporei.

EFFETTI DELLE RADIAZIONI IONIZZANTI

La dose di radiazioni ionizzanti erogata nel corso di un'indagine TC è variabile a seconda del tipo di esame e della regione anatomica da esaminare. Il danno biologico che può derivare al paziente dall'esposizione ai Raggi X è statisticamente raro e non prevedibile, anche se la sua frequenza è correlata all'entità della dose anche se non esiste una soglia assoluta sotto la quale si annulla. I danni teorici e potenziali non sono graduati poiché l'entità della dose non rende l'effetto più grave ma solo più probabile, cioè, effetto di tipo "tutto o nulla".

COME SI SVOLGE L'ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO (Mdc)



Al suo arrivo verrà accolto dal personale del servizio e quindi accompagnato nella sala dedicata. Verrà fatto sdraiare sul lettino della TC, dove un infermiere o un medico le posizionerà un ago cannula, generalmente a livello della piega del gomito oppure a livello della mano e, attraverso di esso, tramite infusione (flebo) o iniettore automatico, le sarà somministrato un mezzo di contrasto (Mdc) organo-iodato. La quantità di Mdc somministrata varia in rapporto alla metodica, al quesito diagnostico, al distretto corporeo da esaminare e al peso. L'indagine ha generalmente una durata complessiva di 15-30 minuti. Non sono previste controindicazioni alla ripresa delle ordinarie attività.

Si raccomanda il **diggiuno da almeno 6 ore** a tutti i pazienti ed è consigliata un'abbondante idratazione (almeno 1,5 litri d'acqua) a partire dal giorno prima dell'esame.

Il paziente verrà poi posizionato su un lettino che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (gantry).

COS'E' E A COSA SERVE IL MEZZO DI CONTRASTO (Mdc)

Il mezzo di contrasto è un farmaco in forma liquida che contiene dello Iodio e viene iniettato in vena; esso

 Carlo Poma  Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Mantova	MODULO PER RICHIESTA E CONSENSO INFORMATO DI ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO (m.d.c.) ORGANO-IODATO PER VIA INIETTIVA	MOD398POL10MQ07 Data 28/04/2026 Rev. 5 Pagina 4 di 6
---	--	---

permette di aumentare la differenziazione di densità delle strutture anatomiche e visualizzare arterie, vene, linfonodi ecc. nonché la possibile visualizzazione di lesioni degli organi esaminati.

LE POSSIBILI COMPLICANZE PRECOCI O TARDIVE

Qualche secondo dopo la infusione del farmaco, ella potrà avvertire una sensazione di calore, a volte anche intensa, che passa dal braccio, alla gola, alla testa, all'addome e alle gambe. Tale sensazione scompare dopo circa 30-40 secondi.

È possibile (per cause anatomiche, fragilità della vena etc.) che si verifichi una rottura del vaso in cui è stato posizionato l'ago con conseguente stravasamento del mezzo di contrasto nell'area dell'iniezione ed in questo caso verranno adottate le opportune cure del caso.

L'infusione del mezzo di contrasto potrebbe avere effetti indesiderati legati a reazioni allergiche, immediate o tardive, definibili come un **evento avverso** e classificate come segue:

- GRADO I: segni cutanei (prurito, eritema, orticaria, angioedema, flushing);
- GRADO II: nausea, diarrea, vomito, ipotensione, tachicardia, tosse, broncospasmo con difficoltà ad inspirare;
- GRADO III: sintomatologia a rischio vitale (collasso cardiovascolare, tachi-bradicardia, aritmie, broncospasmo severo);
- GRADO IV: arresto respiratorio, arresto cardiocircolatorio;
- GRADO V: morte.

In questi casi il nostro servizio dispone di personale, farmaci e attrezzature idonee all'assistenza del paziente e, in caso di necessità, viene attivata la pronta disponibilità del personale di rianimazione.

Le reazioni ritardate (da un'ora fino a un massimo di sette giorni) consistono più frequentemente in eruzioni cutanee, sindrome simil-influenzale, disturbi gastro-intestinali.



In questo caso è consigliato recarsi dal medico curante.

DOPO L'ESAME TC

- continuare l'assunzione di eventuali farmaci (salvo diversa indicazione da parte del Medico curante) e la normale assunzione di acqua (è importante essere ben idratati);
- si rammenta che alcuni valori degli esami ematochimici nelle 24 ore successive all'esame radiologico potrebbero essere alterati.
- non sono previste controindicazioni alla ripresa delle ordinarie attività.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso e delle informazioni ricevute dal medico che ha prescritto l'esame, il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

Preparazione all'esame eseguito in data _____ **FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO** _____

 	MODULO PER RICHIESTA E CONSENSO INFORMATO DI ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO (m.d.c.) ORGANO-IODATO PER VIA INIETTIVA	MOD398POL10MQ07 Data 28/04/2026 Rev. 5 Pagina 5 di 6
--	---	---

CONSENSO INFORMATO

Io **Sottoscritto/a** _____ **nato/a il** _____

Dichiaro di aver letto le informazioni allegate, relative all'esame che mi è stato proposto:

ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO (M.d.C.) ORGANO-IODATO PER VIA INIETTIVA

Indagine indicata per: _____

Dichiaro, inoltre, di aver avuto un colloquio con il/la Dr./Dr.ssa _____

durante il quale mi sono state espone le finalità e le procedure dell'indagine a cui sarò sottoposto, i possibili benefici e gli eventuali rischi ad esso connessi, il tipo di mezzo di contrasto che mi verrà somministrato, le precauzioni legate al mezzo di contrasto, le alternative e le potenziali implicazioni cliniche in caso di rifiuto.

Dichiaro, altrettanto, di aver ricevuto informazioni esaurienti, di aver ottenuto risposta a tutte le mie domande e di aver compreso le notizie informative e comportamentali che mi sono state fornite. Pertanto:

ACCONSENTO allo svolgimento dell'indagine

NON ACCONSENTO allo svolgimento dell'indagine

Firma _____ **del** _____ **Data** _____ **Paziente**

Tutore legale/Curatore **Amm.re sostegno (solo se espressamente autorizzato)**

NOME E COGNOME _____

Firma _____

PER LE DONNE IN ETA' FERTILE



Stato di gravidanza certo/presunto all'atto dell'indagine:

Sì

No

Io **sottoscritta** _____ **nata il** _____

sono stata informata dei possibili rischi derivanti dalla esposizione dell'embrione o del feto a radiazioni ionizzanti (morte dell'embrione, malformazioni, riduzione del QI, ritardo mentale, aumentata probabilità di neoplasie, soprattutto leucemie, in epoca post-natale) in caso di gravidanza presunta o accertata; **sono inoltre consapevole che qualora io non possa escludere una gravidanza, saranno necessari opportuni accertamenti, e che in caso di positività del test di gravidanza, l'esame non verrà espletato.** Pertanto,

 Carlo Poma  Regione Lombardia ASST Mantova	MODULO PER RICHIESTA E CONSENSO INFORMATO DI ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO (m.d.c.) ORGANO-IODATO PER VIA INIETTIVA	MOD398POL10MQ07 Data 28/04/2026 Rev. 5 Pagina 6 di 6
--	---	---

DICHIARO

SOTTO LA MIA RESPONSABILITA', DI NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA PRESUNTA O ACCERTATA.

Firma _____ Data _____

Firma del:	<input type="checkbox"/> Tutorelegale/Curatore	<input type="checkbox"/> Amm.re di sostegno (se autorizzato)	<input type="checkbox"/> Esercente la responsabilità genitoriale
.....			
<p>In caso di paziente minore (firma congiunta). <u>In caso sia presente solo un genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione oppure attestazione di avere potestà esclusiva</u></p>			
Nome e Cognome del padre.....			
Data: Firma:			
Nome e Cognome della madre.....			
Data: Firma:			

Informazione resa al paziente mediante interprete
Interprete (Nome e Cognome in stampatello)
Documento..... Firma dell'interprete:

Data **FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO RADIOLOGO**