

CONSENSO INFORMATO PER L'ESAME DI T.A.C. (TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA) CON MEZZI DI CONTRASTO  
ORGANOIODATI

Gentile Signore/a,

l'indagine diagnostica prescritta prevede l'utilizzo di MEZZI DI CONTRASTO ENDOVASCOLARI che vanno somministrati per via venosa o arteriosa.

Il mezzo di contrasto usato è stato scelto tenendo in considerazione i parametri di qualità, efficienza e tollerabilità, con l'obiettivo di utilizzare il prodotto migliore presente sul mercato. Questi preparati provocano la opacizzazione per via vascolare delle strutture anatomiche e ne rendono possibile una più certa identificazione e delimitazione, consentendo spesso una migliore definizione della patologia in causa sia ai fini diagnostici che terapeutici. Il loro utilizzo può avvenire, a seconda delle necessità diagnostiche, per infusione lenta o bolo rapido. Presso Radiologia Medica sono utilizzati mezzi di contrasto iodati non ionici notevolmente più sicuri ed affidabili che in passato. Tuttavia, in una minima percentuale dei casi (1- 3%) sono possibili reazioni avverse spesso di grado lieve (stravasamento in sede di iniezione, sudorazione, nausea o vomito, secchezza delle fauci, orticaria) o medio (dispnea, broncospasmo, alterazioni pressorie e del ritmo cardiaco, angina, convulsioni, lipotimia); rare, ma possibili; sono le reazioni gravi (edema della glottide, shock anafilattico), di cui severe 0,04% e molto severe 0,004%.

**La preghiamo, pertanto, di segnalare preventivamente al Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame tutte le patologie di cui è portatore.**

Se le informazioni riportate in questo foglio, le risultassero poco comprensibili o avesse dubbi in proposito, si rivolga con fiducia al personale del servizio deputato all'esecuzione dell'indagine richiesta, che le fornirà ogni possibile ulteriore chiarimento e informazione.

**CONSENSO**

Si prega di firmare questa dichiarazione di consenso informato all'esecuzione dell'esame mediante la somministrazione endovenosa di sostanze organoiodate confermando di aver letto il documento in ogni sua parte. Se il paziente è minorenne il consenso deve essere rilasciato da un genitore o da chi ne esercita la potestà.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente \_\_\_\_\_

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER T.A.C. (TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA) CON MEZZI DI CONTRASTO  
ORGANOIODATI

Paziente \_\_\_\_\_

Medico inviante \_\_\_\_\_

Indagine richiesta \_\_\_\_\_

Sospetto clinico per cui si richiede l'indagine radiologica \_\_\_\_\_

Anamnesi \_\_\_\_\_

Allergia al mezzo di contrasto	si				no
Altre allergie note	si				no
Ipertensione	si	lieve	media	grave	no
Cardiopatìa	si	lieve	media	grave	no
Encefalopatìa	si				no
Nefropatìa	si	lieve	media	grave	no
Diabete	si				no
Epatopatìa	si	lieve	media	grave	no
Malattìa infettiva	si				no
Anamnesi per mieloma	si				no
Trattamento in atto con farmaci	Si, specificare				no
Assunzione di alcol, droghe	Si, specificare				no

Data \_\_\_\_\_ Firma del Medico richiedente \_\_\_\_\_

Il Medico Radiologo responsabile dell'esecuzione dell'esame preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica AUTORIZZA l'esecuzione dell'indagine.

Firma del Medico Radiologo

Data

Responsabile dell'esecuzione dell'esame

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Consenso informato del paziente – IL PAZIENTE**

ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni alla somministrazione di sostanze organoidate e dichiara di aver risposto in modo veritiero al questionario sottoposto ed acconsente all'esecuzione dell'esame. Se del caso, autorizza la somministrazione di eventuale liquido di contrasto:

SI

NO

Firma del Paziente

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

