

**CONSENSO E QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER L'ESECUZIONE
DI ESAME DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA**

PAZIENTI AMBULATORIALI

COD.: CI 28b

Io sottoscritto (cognome e nome) _____

nato il ___ / ___ / ___ a _____ Prov _____

residente/domiciliato a _____ in Via/P.zza _____

n _____ CAP _____ tel _____

In qualità di: **Paziente**

Rappresentante Legale: genitore/i tutore amministratore di sostegno

del paziente (cognome e nome) _____

nato/a il ___ / ___ / ___ a _____

Per pazienti minorenni firmano entrambi i genitori

Il genitore che sottoscrive il presente modulo in assenza dell'altro genitore, dichiara – sotto la propria responsabilità – di manifestare la volontà di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000. Il dichiarante è consapevole delle conseguenze in termini di responsabilità penale, che derivano dal rilasciare attestazioni non veritiere.

NOTE ANAMNESTICHE RILEVANTI – da compilare a cura del paziente che deve sottoporsi a TC **con mdc**

Ipertensione o malattie cardiovascolari	si	no	Policitemia	si	no
Insufficienza renale	si	no	Asma bronchiale	si	no
Diabete mellito in terapia con ipoglicemizzanti orali (es. Metformina)	si	no	GRAVIDANZA in atto data ultime mestruazioni _____	si	no
Insufficienza epatica grave	si	no	Allattamento al seno in atto	si	no
Ipertiroidismo	si	no			

Farmaci in uso: _____

NOTA: Il paziente che deve effettuare TC con mezzo di contrasto deve presentarsi con referto di **creatininemia** non antecedente i 30 giorni.

Il sottoscritto dichiara che:

✓ ha avuto reazioni allergiche a mezzo di contrasto utilizzato per RM o TC si no

✓ ha sofferto di manifestazioni allergiche si no

*Compilazione obbligatoria per l'esecuzione dell'esame

SEZIONE RISERVATA AL MEDICO CURANTE O AL MEDICO RICHIEDENTE (in caso di allergie)

Se il paziente risponde **si** ad una delle domande sopra riportate, il medico dovrà consultare l'allegato "Pretrattamento farmacologico per pazienti allergici" sul sito della Fondazione, procedere, quando opportuno, alla prescrizione dei farmaci indicati e, solo in questo caso, apporre qui sotto la propria firma

Firma del medico curante/medico richiedente _____

In caso di manifestazioni allergiche in atto pochi giorni prima dell'esame, è necessario consultare il medico curante per l'eventuale prescrizione del trattamento sopra citato.

**Sezione riservata ai pazienti con pregressa reazione allergica a
mezzo di contrasto o forme allergiche valutate ad alto rischio dal medico curante o richiedente**

Io sottoscritto (cognome e nome) _____ nato il ____ / ____ / ____ dichiaro di essere stato esaurientemente informato dal mio medico curante in merito alla preparazione farmacologica presente sul sito della Fondazione per pazienti ad alto rischio allergico e di aver compreso che:

- tale preparazione non previene le reazioni allergiche gravi, ma ne riduce l'intensità
- in caso di mancata assunzione dei farmaci previsti l'esame NON sarà effettuato.

Dichiaro, inoltre, di aver **assunto la terapia orale prescritta** dal mio medico curante ieri sera, 2 ore e 1 ora prima dell'orario previsto per l'esame diagnostico.

Firma paziente o suo rappresentante legale _____

DICHIARO DI

- aver letto l'informativa allegata al presente consenso con tutte le indicazioni per l'esecuzione dell'esame;
- aver compreso finalità e vantaggi dell'esame, possibili rischi e complicanze;
- aver compreso modalità e motivazioni della somministrazione del mezzo di contrasto;
- non avere necessità di ulteriori chiarimenti sull'esame.

E ACCONSENTO

- all'esame di TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA
- alla somministrazione, per via endovenosa, del mezzo di contrasto iodato.

Data, ____ / ____ / ____

Firma del paziente / genitori / tutore / amm. di sostegno^{*}

Consenso e questionario anamnestico compilati con l'ausilio di un interprete/ mediatore culturale: sì no
cognome e nome dell'interprete/mediatore (scrivere in stampatello) _____

firma dell'interprete / mediatore culturale _____

Il Medico Radiologo (cognome e nome **LEGGIBILI**) _____, verificati il quesito diagnostico, il questionario anamnestico ed il valore della **creatininemia** (____), autorizza l'esecuzione dell'esame

Data, ____ / ____ / ____

Firma del Medico Radiologo

INFORMATIVA BREVE RESA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Il titolare del trattamento, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta" (C.F. 01668320151 – P.IVA 04376340156), con sede in Via Celoria 11 – 20133 Milano (tel. 02.23941 – fax 02.70638217 – PEC: protocollo@pec.istituto-besta.it), tratta i Vostri dati in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso la sede della Fondazione, e consultabile anche sul sito istituzionale www.istituto-besta.it.

Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) è contattabile all'indirizzo di posta elettronica dpo@istituto-besta.it

^{*} Per i pazienti con amministratore di sostegno firmano amministratore e paziente (quando possibile).



ESAMI TC - SCHEDA INFORMATIVA

L'esame utilizza radiazioni ionizzanti, tuttavia la dose di raggi x è minima, trascurabile per le parti del corpo al di fuori della regione in esame. L'esecuzione dell'esame sottende ai principi di adeguatezza e giustificazione secondo il DL 101/2020.

L'esame può essere richiesto anche con somministrazione di mezzo di contrasto.

I mezzi di contrasto sono sostanze che, introdotte nell'organismo, normalmente per via endovenosa, assorbono i raggi x e consentono di visualizzare gli organi sottoposti all'esame per ottenere una maggior definizione diagnostica.

NOTE IMPORTANTI per ESAMI con MEZZO di CONTRASTO

- E' necessario eseguire un **diggiuno** completo a partire da **4 ore prima** dell'esame.
 - Le donne in stato di **gravidenza** (certa o presunta), o che allattano al seno, devono comunicarlo al medico curante o richiedente che valuterà il rapporto rischio/beneficio dell'esecuzione dell'esame.
 - I pazienti diabetici che assumono **Metformina** (es. Metforal, Glucophage, Metfonorm, ecc.) devono sospendere l'assunzione **48 ore prima** dell'esame dopo aver consultato il medico curante o lo specialista che provvederà a sostituirlo con un altro prodotto antidiabetico. La terapia potrà essere ripresa dopo almeno 48 ore dall'esame.
 - I pazienti con insufficienza renale anche lieve, devono evitare l'assunzione, nelle 24 ore precedenti l'esame, di farmaci nefrotossici (FANS, antibiotici aminoglicosidi, beta-bloccanti).
 - Tutti gli altri farmaci devono essere assunti.
 - **SEGNALARE AL MEDICO CHE HA PRESCRITTO L'ESAME SE IL PAZIENTE HA ALLERGIE IN CORSO O SE NEL PASSATO HA SOFFERTO DI UNA QUALUNQUE FORMA ALLERGICA** (a mezzo di contrasto, farmaci, cibi, animali...).
- In questo caso è necessario consultare l'allegato **Pretrattamento farmacologico per pazienti allergici**.

COSA PORTARE IL GIORNO DELL'ESAME?

- La richiesta del medico curante, la tessera sanitaria, l'eventuale tessera di esenzione ticket e il numero di prenotazione dell'esame;
- Il modulo per l'acquisizione del consenso informato (scaricabile dal sito della Fondazione), compilato dal paziente e, solo nel caso di pregresse reazioni allergiche, firmato dal medico curante o richiedente;
- Tutta la documentazione sanitaria ed esami precedenti inerenti il distretto anatomico da indagare (RM, TAC, radiografie, ecografie, relazioni di visite specialistiche);

- In caso di richiesta di TAC con mezzo di contrasto è necessario portare i risultati dell'esame di **CREATININEMIA** eseguito nei 30 giorni precedenti.

IL GIORNO DELL'ESAME...

Dopo l'accettazione amministrativa agli sportelli, il paziente viene chiamato dal personale della radiologia e aiutato a posizionarsi sul lettino della TAC.

Se l'esame prevede la somministrazione di mezzo di contrasto, si procede ad inserire un **ago cannula**, attraverso il quale, per via endovenosa, con infusione o tramite iniettore automatico, viene somministrato un mezzo di contrasto iodato non ionico (al momento dell'iniezione è normale avvertire una sensazione di calore diffusa).

Durante l'esame il paziente riceverà le opportune indicazioni dal personale tecnico della radiologia.

Nelle ore successive all'esame si consiglia di **bere abbondante acqua** (almeno 1 litro), per diluire il mezzo di contrasto e favorirne l'eliminazione.

POSSIBILI REAZIONI AVVERSE AL MEZZO DI CONTRASTO

Deve essere considerata la possibilità che si verifichino effetti indesiderati legati a **reazioni allergiche** non prevedibili.

Le reazioni possono essere **immediate**:

- lievi (nausea, vomito, dolore nella sede di iniezione)
- moderate (respirazione difficoltosa, ipotensione, aumento dei battiti cardiaci)
- gravi, eccezionalmente (1/90.000) a rischio per la vita (gravi aritmie del cuore, broncospasmo severo, arresto cardio-respiratorio, insufficienza renale acuta) che richiedono l'intervento tempestivo del rianimatore (sempre disponibile per assistenza, in caso di necessità).

Nel caso in cui il paziente avverta uno qualsiasi di questi sintomi, deve **riferirlo immediatamente al personale sanitario** che prenderà i provvedimenti necessari. Durante l'esame il paziente è, infatti, sotto il diretto controllo di un tecnico sanitario e sono sempre disponibili, in stanze vicine, un medico radiologo e un infermiere.

Le reazioni **ritardate** (da 1 ora dall'iniezione fino a 7 giorni) comportano, più frequentemente eruzioni cutanee, sindromi simil influenzali, disturbi gastro-intestinali. In questi casi è consigliato recarsi in Pronto Soccorso.

Alcune reazioni allergiche sono prevedibili ed evitabili sottoponendo il paziente ad una **premedicazione farmacologica** che, per i pazienti esterni, deve essere prescritta dal medico curante.

Lo schema per l'eventuale premedicazione è consultabile sul sito della Fondazione.