



MOD.1
PROCEDURE DIAGNOSTICHE CON MEZZO DI CONTRASTO
ORGANO-IODATO (TAC) O PARAMAGNETICO (RM)

Revisione n. 4
del 15/05/2019

Pag. 1/2

NOTA INFORMATIVA (PER IL PAZIENTE)

Modalità

Per accedere alle procedure diagnostiche con mezzo di contrasto è necessario:

- 1) che il/la paziente acquisisca le necessarie informazioni e compili la scheda di acquisizione del consenso informato
- 2) il/la paziente segua le istruzioni relative alla preparazione all'esame indicate dal medico curante
- 3) presenti la scheda informativa a cura del medico curante.

Nel caso in cui l'indagine richiesta preveda l'utilizzo di mezzo di contrasto **è necessario essere a digiuno completo da almeno 6 ore (se pasto con cibi solidi latte compreso), 2 ore se cibi liquidi) senza sospendere l'assunzione di acqua e farmaci se non espressamente indicato.**

Al/la paziente verrà inserito su una vena dell'arto superiore un ago-cannula che consentirà la somministrazione, con una infusione (flebo) o con un iniettore automatico, del **mezzo di contrasto organo-iodato** (in caso di TAC) **o paramagnetico** (in caso di RM).

La quantità di mezzo di contrasto varia in rapporto alla metodica, al quesito diagnostico e al distretto corporeo da esaminare.

L'indagine ha generalmente una durata variabile a seconda della richiesta diagnostica.

Il paziente sarà poi trattenuto in osservazione per 30 minuti dopo la somministrazione del mezzo di contrasto.

Eventi avversi

Durante l'iniezione del mezzo di contrasto organo-iodato (TAC) si può avvertire una transitoria sensazione di calore diffusa.

Durante l'infusione endovenosa del mezzo di contrasto vi è la possibilità (per cause anatomiche, fragilità della vena etc.) che si verifichi rottura del vaso con conseguente stravasamento del mezzo di contrasto nell'area dell'iniezione; in questo caso la tumefazione viene trattata con ghiaccio e pomate sintomatiche, eventualmente da proseguire anche a domicilio.

È da segnalare che dopo la somministrazione del mezzo di contrasto si possono verificare effetti indesiderati: **le reazioni allergiche.**

Tali reazioni allergiche possono essere **immediate** o **tardive**.

Le reazioni allergiche **immediate**, a loro volta, possono essere:

- **lievi:** nausea, vomito, prurito, orticaria, dolore nella sede dell'iniezione
- **moderate:** dispnea, broncospasmo, edema facciale, orticaria severa, ipotensione, tachicardia
- **eccezionalmente a rischio per la vita:** gravi aritmie, convulsioni, shock ipotensivo insufficienza renale, arresto cardiorespiratorio

Le reazioni allergiche **tardive**: (da 1 ora dall'iniezione fino a 7 giorni) consistono in *manifestazioni cutanee, sindrome simil-influenzale, ecc.*

In ogni caso il personale medico presente provvederà al trattamento delle reazioni allergiche immediate, mentre nel caso si manifestassero reazioni allergiche tardive è consigliato recarsi dal medico curante o Pronto Soccorso.

Precedenti reazioni allergiche a mezzi di contrasto o altro richiedono la preparazione con adeguato trattamento farmacologico.

Un evento avverso, non di natura allergica e assai raro, con il mezzo di contrasto da risonanza magnetica è la **Fibrosi Sistemica Nefrogenica**, riscontrata in pazienti con grave insufficienza renale.

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO (PER IL PAZIENTE)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il: ___/___/_____

DICHIARA

1. di essere a conoscenza che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali
2. di aver ricevuto informazioni comprensibili ed esaurienti sulla procedura diagnostica proposta attraverso informativa cartacea
3. di essere a conoscenza che l'esame, come molti trattamenti sanitari, non è esente da rischi o eventi avversi che mi sono stati illustrati
4. di essere a conoscenza che sono state comunque predisposte tutte le misure idonee per prevenire e trattare ogni eventuale complicanza
5. di essere a conoscenza che, in caso di pregresse reazioni allergiche, la preparazione farmacologica non previene le reazioni gravi, ma ne riduce l'intensità
6. di poter revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'indagine
7. di esprimere liberamente in piena coscienza riguardo all'indagine proposta la scelta:
8. di esprimere le seguenti osservazioni: _____

ACCETTO L'INDAGINE PROPOSTA

NON ACCETTO L'INDAGINE PROPOSTA

Data ___/___/_____

Firma del/della paziente _____

Firma del medico _____

