

## **CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) CON O SENZA MEZZO DI CONTRASTO**

SINTESI INFORMATIVA

Data \_\_\_\_\_

### **CHE COS'È**

La TC è una tecnica diagnostica che utilizza radiazioni ionizzanti e fornisce, rispetto alla radiologia tradizionale, un miglior dettaglio morfologico di tutte le strutture anatomiche. Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre **le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso per il possibile rischio di danni al feto.**

### **A COSA SERVE**

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

### **COME SI EFFETTUA**

Il paziente viene posizionato su un lettino che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (gantry) al cui interno si trovano la fonte di raggi X ed i dispositivi di rilevazione. I dati di rilevazione ottenuti vengono rielaborati da un computer che li trasforma in immagini del distretto esaminato. Esiste la possibilità di ottenere anche ricostruzioni anatomiche nei tre piani dello spazio.

A discrezione del Medico Radiologo e in relazione al tipo di patologia da studiare, può essere necessario somministrare un mezzo di contrasto per via endovenosa che migliora il potere diagnostico della metodica.

*Le articolazioni possono essere studiate in alcuni casi con artroTC che prevede l'introduzione intrarticolare di mdc.*

### **COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE**

Una **funzionalità renale compromessa** è il principale limite all'uso del **mezzo di contrasto organo- iodato**. Per tale motivo a testimonianza di una funzionalità renale non compromessa è **richiesto un valore della creatininemia e del filtrato glomerulare recenti (max 1 mese)**. I mezzi di contrasto iodati attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, ma occasionalmente **possono dare le seguenti reazioni**: **MINORI** come vampate di calore, starnuti, nausea, vomito, orticaria circoscritta, sintomi che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono spontaneamente. **MEDIE O SEVERE** come orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari o perdita di coscienza, shock anafilattico, edema della glottide, richiedono di solito terapia medica o l'intervento del rianimatore. In casi del tutto eccezionali, come avviene con molti altri farmaci, i mezzi di contrasto possono causare decesso. I medici ed il personale della radiologia sono addestrati per curare nel miglior modo possibile queste reazioni nel caso si verificassero. Esiste la possibilità di reazioni ritardate (entro una settimana), generalmente cutanee lievi, che si risolvono per lo più senza terapia. E' altresì possibile la comparsa di altri effetti collaterali, più rari, generalmente di lieve-media entità e l'aumento di probabilità di comparsa degli effetti collaterali segnalati, per patologie concomitanti e l'esecuzione di altri trattamenti (farmacologici, chemioterapici,...).

*L'artro TC, generalmente, non comporta significativi effetti collaterali di tipo sistemico.*

## **PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI**

Per l'esecuzione di un **esame che preveda l'utilizzo del mezzo di contrasto è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore (con l'esclusione dei farmaci abitualmente assunti che possono essere ingeriti o di acqua)**. In caso di esecuzione di esami con mezzo di contrasto è indispensabile avvertire preventivamente di importanti allergie note, condizioni asmatiche. Per ottenere la migliore qualità delle immagini e non compromettere il risultato diagnostico, **durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.**

**Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.**

## **ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA CON O SENZA MEZZO DI CONTRASTO**

Il paziente

<b>COGNOME e NOME</b>	
<b>Nato/a a</b>	
<b>In data</b>	

**[EVENTUALE] Per il paziente qui sopra indicato, il sottoscritto**

<b>COGNOME</b>			
<b>NOME</b>			
<b>Nato/a a</b>	<b>Prov.</b>		
<b>In data</b>		<b>C o d. Fi s.</b>	

in qualità di suo

**genitore**     **care giver**     **tutore**     **curatore**     **amministratore di sostegno**     **(altro)**

\_\_\_\_\_

Informato:

sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente **Tomografia Computerizzata**

**SENZA MEZZO DI CONTRASTO**

**CON MEZZO DI CONTRASTO**

Reso/a consapevole:

sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle 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 di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

**Presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto**

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

**accetto l'indagine proposta**

**rifiuto l'indagine proposta**

Medico radiologo \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**

**SI**

**NO**

Firma del paziente \_\_\_\_\_

**SOLO SE richiesta TC con MEZZI DI CONTRASTO**  
**DICHIARAZIONE di ALLERGIE NOTE**

1- ai mezzi di contrasto:  **SI**  **NO**

2- **allergie** con precedenti episodi di insufficienza respiratoria, manifestazioni orticarioidi generalizzate gravi, angioedema, broncocostrizione, shock anafilattico, perdita di coscienza  **SI**  **NO**

3- **allergie a farmaci**  **SI**  **NO**

**POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?**

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

**La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.**

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_