

	<b>Azienda Sanitaria Locale Cuneo 2</b> <b>Servizi di Radiodiagnostica</b>		<b>COD: MOD 4 PrSrx1</b>
	<b>Ospedale "S. Lazzaro"</b> Via P. Belli, 26 - ALBA (CN) Tel. 0173316319 Fax 0173 29065		<b>DATA: 16/03/2013</b>
	<b>Ospedale "S. Spirito"</b> Via Vittorio Emanuele, 3- BRA (CN) Tel. 0172 420241 Fax 0172 420241		<b>REVISIONE: 2</b>
	<b>Indirizzo di posta certificata: aslcn2@legalmail.it</b>		<b>PAGINA: 1 DI 2</b>

**PARTE ANAMNESTICO INFORMATIVA PER PRESTAZIONI RADIOLOGICHE CHE UTILIZZANO MEZZO DI CONTRASTO PER VIA ENDOVENOSA (RISERVATA AL MEDICO CURANTE).**

Il Sig/Sig.ra: \_\_\_\_\_ Nato/a a: \_\_\_\_\_ Prov: ( \_\_\_ )

COGNOME NOME

Il: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_; **quesito clinico:** \_\_\_\_\_

Esame richiesto: \_\_\_\_\_

In ottemperanza alla Nota del Ministero della Sanità del 17.09.97 sulla utilizzazione dei mezzi di contrasto si informa il medico radiologo sui dati anamnestici e clinici del paziente relativi a:

- o **Comprovato rischio allergico riscontrato in precedenti esami radiologici con mezzo di contrasto iodato:**
  - NO**
  - SI - prurito, eritema, orticaria, gonfiore oculare, tosse** (in caso di allergia eseguire il protocollo di premedicazione sul modulo allegato).
  - SI - Severe reazioni allergiche (broncospasmo, edema della glottide, arresto respiratorio, ipotensione, convulsioni). E' ASSOLUTAMENTE CONTROINDICATA L' ESECUZIONE DI ESAMI CON SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO**
- o **Comprovato rischio allergico a qualsiasi altra sostanza:**
  - NO**
  - SI** (in caso di allergia eseguire il protocollo di premedicazione sul modulo allegato)

NOTIZIE CLINICHE DEL PAZIENTE INDISPENSABILI PER LA CORRETTA ESECUZIONE DELL' ESAME

**Il Paziente è affetto da:**

- o **Forme di grave insufficienza cardio-vascolare:**  **SI** (contattare il medico radiologo)  **NO**
- o **Paraproteinemia di Waldenstrom, mieloma multiplo, ipertiroidismo (Morbo di Basedow o gozzo multinodulare tossico):**  **SI** (vedi nota B.)  **NO**
- o **diabete, gotta, cirrosi epatica, gravidanza, allattamento, feocromocitoma):**  **SI** (vedi nota A.)  **NO**
- o **Il valore di creatinemia è :** .....mg/dl
- o **Il valore di filtrato eGFR è:** .....(da eseguire solo in caso di valore alterato della creatinemia)
- o **Nei casi in cui non è attendibile il valore eGFR verrà preso in considerazione il valore di creatinemia maggiore di 1,4 mg/dl per eseguire il protocollo di premedicazione per insufficienza renale.**

Al di sotto di un valore di eGFR di 30 è indicata la consulenza nefrologica prima dell'esecuzione della prestazione radiologica  
 Con valori di eGFR compresi tra 30 e 60 (eseguire il protocollo di premedicazione per insufficienza renale sul modulo allegato).

**NOTE:** \_\_\_\_\_

- A. **Se il Paziente assume BIGUANIDI deve sospendere il trattamento 2 giorni prima e una settimana dopo l'esecuzione dell'esame (il farmaco può essere eventualmente sostituito da altro ipoglicemizzante orale dal medico curante) e la creatinemia deve essere ricontrollata nei giorni successivi.**
- B. **L'assunzione di METHIMAZOLE nel paziente ipertiroideo deve essere modificata secondo quanto concordato telefonicamente dal medico curante con il servizio di endocrinologia.**
- C. **La condizione clinica di stabilità/instabilità deve essere valutata dal medico curante prima dell'esecuzione della prestazione richiesta.**

**Sono stati valutati i dati clinico - anamnestici del Paziente e si ritiene l'indagine richiesta insostituibile ai fini diagnostici e di una corretta impostazione della terapia**

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE**

\_\_\_\_\_

	<b>Azienda Sanitaria Locale Cuneo 2</b> <b>Servizi di Radiodiagnostica</b>		<b>COD: MOD 4 PrSrx1</b>
	<b>Ospedale "S. Lazzaro"</b> Via P. Belli, 26 - ALBA (CN) Tel. 0173316319 Fax 0173 29065		<b>DATA: 16/03/2013</b>
	<b>Ospedale "S. Spirito"</b> Via Vittorio Emanuele, 3- BRA (CN) Tel. 0172 420241 Fax 0172 420241		<b>REVISIONE: 2</b>
	<b>Indirizzo di posta certificata: aslcn2@legalmail.it</b>		<b>PAGINA: 2 DI 2</b>

**- IMPORTANTE -**

L'esame radiologico proposto dal suo medico richiede l'iniezione endovenosa di un farmaco, mezzo di contrasto organo-iodato che rende visibili organi o alterazioni strutturali altrimenti non analizzabili.

I mezzi di contrasto iodati utilizzati sono generalmente ben tollerati e quasi del tutto privi di effetti collaterali. Nonostante l'elevato grado di sicurezza, i mezzi di contrasto non sono tuttavia esenti da reazioni avverse, che sono distinte in:

1. **Tossicità d'organo** (possibili alterazioni funzionali renali, cardiovascolari, metaboliche) aggravate in caso d'alterazioni preesistenti.
2. **Effetti indesiderati** (non allergici, risposta fisiologica al farmaco) calore, nausea, vomito, gusto alterato
3. **Reazioni imprevedibili** (di tipo immuno-allergico) suddivise in:
  - ⊖ Reazioni lievi: prurito, eritema, orticaria, congestione nasale, tosse
  - ⊖ moderate: 0,022% (persistenza ed aumento d'intensità dei sintomi minori) dispnea, ipotensione
  - ⊖ Reazioni severe: 0,0025% ( broncospasmo, edema della glottide, ipotensione marcata, bradicardia, shock, edema polmonare, aritmie, convulsioni, coma) che in casi eccezionali possono provocare il decesso.
  - ⊖ Reazioni tardive (1h, alcuni giorni): 0,5 - 2% (eruzioni cutanee, sindrome simil-influenzale, disturbi gastrointestinali, dolori agli arti, possibile effetto di fotosensibilizzazione).

*LA PROFILASSI FARMACOLOGICA NON GARANTISCE IN MODO ASSOLUTO L'EVENTUALE INSORGENZA DI REAZIONI AVVERSE SIA LIEVE CHE GRAVI*

**SI PREGA DI ALLEGARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE (cartella clinica, descrizione di progressi interventi, radiografie, esami di laboratorio ed ecografie) INERENTE LA PATOLOGIA IN ESAME.**

**PER LA DONNA :**

**STATO DI GRAVIDANZA**

SI

NO

NON SO

**Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**L'ESECUZIONE DI ESAMI RADIOLOGICI CON INIEZIONE DI M. DI C. PUO' AVVENIRE SOLO DOPO LA COMPILAZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALLEGATO (ALL.1 PrSrx1) CONSEGNATO PRIMA DELL'ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE, IN DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

Per eventuali informazioni telefoniche si può contattare la segreteria della radiologia ai seguenti numeri:

- ALBA 0173/316319
- BRA 0172/420241