

## CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ESAMI RADIOLOGICI CON INIEZIONE DI CONTRASTO PER VIA ENDOVENOSA

### Per tutte le prestazioni che utilizzano mezzo di contrasto iodato ev

Il Sig./ La Sig.ra \_\_\_\_\_ affetto da \_\_\_\_\_  
eseguirà \_\_\_\_\_

L'indagine è indicata e insostituibile, ai fini diagnostici e di una corretta impostazione della terapia. In ottemperanza alla Nota Ministero Sanità del 17.09.1997 sulla utilizzazione dei mezzi di contrasto è indispensabile essere informati sugli elementi anamnestici o clinici relativi a:

- NESSUNA ALLERGIA  
 Comprovato rischio allergico a contrasti iodati o a qualsiasi altra sostanza  
(specificare) \_\_\_\_\_

### Se risultano segnalate allergie, contattare almeno 3 giorni prima della data di prenotazione la segreteria del Servizio presso il quale verrà eseguito l'esame.

- Forme di grave insufficienza cardio-vascolare  
 Paraproteinemia o mieloma multiplo  
 Fattori predisponenti l'insufficienza renale  
(diabete, gotta, cirrosi epatica, uso di farmaci nefrotossici, precedente chirurgia renale)  
 Creatinemia \_\_\_\_\_  
(indicare il valore dell'esame eseguito entro i 3 mesi precedenti la data di prenotazione dell'esame con mdc)

### Allegare tutta la documentazione (radiografie ed ecografie) inerente la patologia

Firma del Medico Curante \_\_\_\_\_

Consenso informato all'esecuzione di esami radiologici con iniezione di contrasto per via endovenosa lo sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro di aver correttamente inteso quanto illustrato nella scheda informativa – riportata sul retro – e accetto di sottopormi all'esame con somministrazione di mezzo di contrasto. Mi è stato spiegato che tale indagine, come accade per tutte le discipline mediche, non è esente da complicanze anche se attuata con perizia, diligenza e prudenza. Tali complicanze possono assai raramente ed imprevedibilmente risultare letali (circa 1 caso su 200.000 iniezioni). Preso atto della situazione illustrata, accetto le procedure necessarie e confermo di aver avuto risposte esaurienti.

Luogo \_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paziente (genitore o tutore)

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del Medico Radiologo

### Scheda informativa

La preghiamo di leggere con molta attenzione le righe che seguono; in esse sono fornite tutte le informazioni circa le modalità di effettuazione dell'esame che Le è stato richiesto, affinché Lei possa esprimere il suo consenso al medico radiologo esecutore dell'esame. Qualora non tutte le informazioni Le risultino chiare od esaurienti, può chiedere ulteriori spiegazioni al suo medico curante o direttamente al medico radiologo. L'esame viene effettuato con l'utilizzo di raggi X, ma per poter fornire tutti gli elementi utili alla diagnosi del suo caso, è estremamente utile somministrare, mediante iniezione in una vena del braccio, particolari sostanze dette mezzi di contrasto. Questo permette di riconoscere con maggior chiarezza sia strutture normali (vie urinarie, vasi arteriosi e venosi) sia eventuali processi patologici e spesso di precisarne la natura. L'impiego di queste sostanze, così come quello di pressoché qualunque tipo di farmaci, presenta alcuni rischi che Lei deve conoscere:

**TOSSICITA' GENERALE:** i mezzi di contrasto possono interferire con la funzionalità del fegato, dell'apparato cardiovascolare e soprattutto dei reni; un reale problema può verificarsi solo in presenza di gravi, preesistenti alterazioni di tali apparati.

Per questa ragione Le chiediamo di segnalare eventuali fattori di rischio a Lei noti e di portare con sé, al momento dell'esame, i risultati di tutte le indagini eseguite di recente.

Il medico radiologo li valuterà prima dell'indagine radiografica cui Lei deve essere sottoposto.

**REAZIONI "PSEUDO-ALLERGICHE":** sono legate ad una intolleranza "individuale" alla sostanza iniettata e sono, purtroppo, imprevedibili. Nella stragrande maggioranza dei casi sono di modesta entità e vengono agevolmente controllate con semplici provvedimenti terapeutici.

Reazioni gravi o gravissime possono verificarsi, ma sono del tutto eccezionali (circa 1 caso ogni 200.000); nell'ambiente ospedaliero sono comunque disponibili tutti gli strumenti per affrontarle in modo tempestivo.

Le chiediamo di segnalare eventuali precedenti manifestazioni allergiche, specie se legate alla somministrazione di mezzi di contrasto.

Il Dr. \_\_\_\_\_, non potendo al momento acquisire il Consenso Informato del paziente, a causa delle sue condizioni, che non consentono la comprensione delle informazioni contenute nel presente modulo, in assenza del tutore legale, ha comunque disposto l'esecuzione di esami radiologici con l'iniezione di mezzo di contrasto per via endovenosa.

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

Ora \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Cognome e Nome del paziente (in stampatello)

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del Medico