

PREPARAZIONE TAC CON E SENZA MEZZO DI CONTRASTO ENDOVENOSO DI QUALSIASI DISTRETTO CORPOREO

PREPARAZIONE ALL' ESAME:

1. Presentarsi a digiuno da almeno sei ore.
2. Esibire al momento dell'esame i seguenti esami (necessari per l'uso di composti iodati).
 - Creatinemia

I sopra indicati esami hanno una validità di tre mesi

Il giorno dell' esame assumere l'abituale terapia domiciliare secondo l'indicazione del proprio medico di base ad esclusione di:

- Metformina che deve essere sospesa nei due giorni precedenti l'esame e nei due giorni successivi all'esame.

Note

In caso di allergie al mezzo di contrasto o gravi allergie a farmaci o sostanze, rivolgersi al proprio medico curante e presentare il protocollo di pre-medicazione allegato.

Il paziente deve portare con sé al momento dell'esame tutta la documentazione medica in qualche modo attinente alla problematica clinica in accertamento.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO E PARTECIPATO ALLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE CON MEZZO DI CONTRASTO ORGANO IODATO

Il/la Sig/Sig.ra _____

Esame richiesto: _____

Quesito diagnostico: _____

L'indagine è indicata e insostituibile, ai fini diagnostici e di una corretta impostazione della terapia. In ottemperanza alla Nota Ministero Sanità del 19.09.97 sulla utilizzazione dei mezzi di contrasto (MdC) è indispensabile essere informati sugli elementi anamnestici o clinici relativi a:

- Anamnesi allergica o comprovato rischio allergico a contrasti iodati (in caso positivo è necessario eseguire preparazione desensibilizzante) SI[] NO[]
- Gravidanza in atto SI[] NO[]
- Forme di grave insufficienza cardio-vascolare SI[] NO[]

- Paraproteinemia o mieloma multiplo SI[] NO[]
- Fattori predisponenti l'insufficienza renale (diabete, gotta, cirrosi epatica, uso di farmaci nefrotossici, precedente chirurgia renale) SI[] NO[]
- Recente (<5 gg) esame con mezzo di contrasto ev SI[] NO[]
- Insufficienza renale grave SI[] NO[]
- Diabete SI[] NO[]
Se in terapia con biguanidi (Metformina) il paziente deve sospendere il trattamento 2 giorni prima e 2 giorni dopo l'esame
- Creatinemia (.....mg/dl) (indicare il valore dell'esame eseguito entro i 3 mesi precedenti la data di prenotazione dell'esame con MDC)

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE L'ESAME _____

Il sottoscritto/a _____ dichiaro di aver correttamente inteso quanto illustrato nella scheda informativa. In particolare, nel corso del colloquio con il Medico prescrittore, ho avuto modo di comprendere, nei contenuti essenziali, le caratteristiche della procedura in termini di modalità di esecuzione, modalità di preparazione, finalità e vantaggi, rischi connessi e complicanze (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 200000 iniezioni).

Preso atto della situazione illustrata, con la consapevolezza che il consenso può essere revocato in qualsiasi momento.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

a sottopormi alla procedura indicata.

Bitonto, lì _____

Firma del paziente o tutore legale

Preso atto e verificato direttamente dal paziente di quanto riportato e sottoscritto dal medico curante:

Bitonto, lì _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO

SCHEMA DI PRE-TRATTAMENTO FARMACOLOGICO IN PAZIENTI CON ALLERGIA AL MEZZO DI CONTRASTO
(organo-iodato e paramagnetico)

24 ORE PRIMA DELL'ESAME ASSUMERE:

- DELTACORTENE - 1 compressa da 25 mg
- CETRIZINA - 1 compressa da 10 mg
- ZANTAC - 1 compressa da 150 mg

13 ORE PRIMA DELL'ESAME ASSUMERE

- DELTACORTENE - 1 compressa da 25 mg
- CETRIZINA - 1 compressa da 10 mg
- ZANTAC - 1 compressa da 150 mg

7 ORE PRIMA DELL'ESAME ASSUMERE

- DELTACORTENE - 1 compressa da 25 mg
- CETRIZINA - 1 compressa da 10 mg
- ZANTAC - 1 compressa da 150 mg

1 ORA PRIMA DELL'ESAME ASSUMERE

- CETRIZINA - 1 compressa da 10 mg