

INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO
ALL'USO INIETTIVO di MEZZO di CONTRASTO ORGANOIODATO

Gentile paziente,

L'esame radiologico proposto dal suo medico richiede l'iniezione endovenosa di un farmaco, chiamato mezzo di contrasto, indispensabile per chiarire la sua situazione clinica. I mezzi di contrasto organiodati, assorbendo i raggi X, rendono visibili organi o alterazioni strutturali altrimenti non analizzabili.

I mezzi di contrasto iodati sono utilizzati da molti decenni nella diagnostica radiologica; quelli oggi giorno in uso 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 (renale, cardiovascolare, metaboliche) in caso d'alterazioni preesistenti.
- 2 Reazioni imprevedibili (di tipo immuno-allergico) suddivise in: – Reazioni lievi: 5% (sapore metallico in bocca, sensazione di calore, nausea e vomito, sudorazione, disestesia periorale, sensazione di testa leggera, dolore nella sede dell'iniezione, orticaria, emicrania); – Reazioni moderate: 0,022% (persistenza ed aumento d'intensità dei sintomi minori, dispnea, ipotensione, dolore toracico);
 - Reazioni severe: 0,0025% (tosse, starnuti, broncospasmo, ansia. Inoltre: diarrea, parestesie, edema al volto, alle mani ed in altri siti corporei, dispnea, cianosi, edema della glottide, ipotensione marcata, bradicardia, shock, edema polmonare, aritmie, midriasi, convulsioni, paralisi, coma, morte);
 - Reazioni tardive (1h, alcuni giorni): 0,5 -2% (eruzioni cutanee, sindrome simil-influenzale, disturbi gastrointestinali, dolori agli arti, possibile effetto di fotosensibilizzazione).

Per tale motivo, anche se a bassa incidenza di reazioni avverse, l'uso di mezzi di contrasto per via iniettiva giustifica alcune precauzioni e cautele nel loro impiego.

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

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE:

Il sottoscritto nato il **DICHIARA**
d'essere stato informato in modo esauriente e comprensibile
sull'indicazione clinica dell'esame, sulle sue finalità e modalità di esecuzione.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato degli effetti collaterali e secondari che possono derivare dall'uso del mezzo di contrasto per via iniettiva e di aver ricevuto esauriente risposta ai quesiti posti al Medico.

- ACCETTO di sottopormi all'indagine proposta
- RIFIUTO di sottopormi all'indagine proposta

Sono inoltre a conoscenza che il trattamento dei dati personali di cui alla L. 31/12/1996 n. 665 avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge.

Firma del paziente/tutore

Firma del MEDICO RADIOLOGO

.....

.....



Azienda ULSS 5 “OVESTVICENTINO”
U.O.C. Radiologia

MODULO per ESAMI con MEZZO di CONTRASTO ORGANOIODATO
 (nota Ministero della Sanità 900 17.09.1997)

Sig./Sig.ra..... nato/a il.....

ESAME RICHIESTO.....

MOTIVAZIONE CLINICA.....

La valutazione clinico-anamnestica ha evidenziato

- grave insufficienza renale SI NO
 - grave insufficienza epatica SI NO
 - grave insufficienza cardio-vascolare SI NO
 - diabete SI NO
 - paraproteinemia di Waldenstrom SI NO
 - mieloma multiplo SI NO
 - tireotossicosi SI NO
 - anamnesi positiva per allergie generiche, asma SI NO
 - comprovato rischio allergico a mdc organiodato o altre SI NO
- sostanze
- trattamento farmacologico in atto (in particolare biguanidi, beta-bloccanti, IL-2) SI NO
 - (se SI, specificare.....) SI NO
 - gravidanza, allattamento SI NO

Altre osservazioni

.....

Premedicazione per rischio allergico con

Allegati esami di laboratorio e referti diagnostici relativi alle condizioni cliniche, con particolare riguardo ai fattori di rischio a reazioni avverse.....

N.B. Il modulo deve essere compilato in tutte le sue parti

Data

FIRMA e TIMBRO del Medico Curante

.....

.....