

Poliambulatorio Statuto • Piazza Statuto, 3 | Via Manzoni, 0 • 10122 Torino • Tel. +39 011 548944

QUESTIONARIO OBBLIGATORIO PER L'ESECUZIONE DI TC (Tomografia Computerizzata)

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ESECUZIONE DI ESAMI CON RADIAZIONI IONIZZANTI, SENZA/CON SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO

Gentile Signore/a,

il Medico Le ha prescritto un **esame che utilizza raggi X (radiazioni ionizzanti)** e che **potrebbe prevedere la somministrazione del mezzo di contrasto**.

La preghiamo di voler leggere con attenzione questo modulo nel quale vengono fornite le informazioni circa le modalità di esecuzione dell'esame, affinché Lei sia in grado di manifestare il suo **consenso informato**.

Qualora non tutte le informazioni risultassero chiare o esaurienti potrà chiedere ulteriori delucidazioni al Suo Medico Curante o al Medico Radiologo, prima dell'esecuzione dell'indagine.

RADIAZIONI IONIZZANTI

I raggi X (radiazioni ionizzanti) permettono di studiare diverse strutture anatomiche non visibili dall'esterno (ad esempio ossa, polmoni, organi addominali, ...). Tuttavia **l'esposizione ai raggi X può causare un danno biologico ai tessuti irradiati**, pertanto non si tratta di una metodica completamente priva di rischio. **Sarà nostra cura far sì che la dose di radiazioni sia ridotta al minimo**.

La **giustificazione** di sottoporsi all'esame radiologico richiesto si basa sulla consapevolezza **dell'utilità di questa indagine per la Sua salute**, ovvero del beneficio di una diagnosi accurata non ottenibile con altre metodiche, rispetto ai rischi potenziali dovuti all'irradiazione, come valutato dal Medico Prescrivente e dal Medico Radiologo.

È **importante presentarsi con tutta la documentazione clinica** di cui si è in possesso (esami precedenti, cartelle cliniche, etc.), per evitare indagini inutili, per effettuare l'esame in modo ottimale e per permettere al Medico Radiologo di fornire, al Medico Inviaente, la risposta più appropriata al Suo attuale problema clinico.

GRAVIDANZA CERTA O SOSSETTA

Gentile Signora, **se sa di aspettare un bambino o ha il dubbio che ciò sia possibile o non può escluderlo con sicurezza: AVVERTA IMMEDIATAMENTE IL PERSONALE!**

In questo caso deve essere posta la massima attenzione possibile, dato che il feto ha un rischio maggiore di possibili danni da raggi X, soprattutto nelle prime settimane di gravidanza, quando i vari organi si stanno formando e sono più sensibili alle radiazioni.

Nei casi di gravidanza certa o sospetta sarà effettuata una rivalutazione accurata delle indicazioni all'esame e dell'entità dell'irradiazione, valutando, se possibile, la possibilità di effettuare un'indagine alternativa senza raggi X o applicando particolari precauzioni nell'esecuzione dell'esame stesso.

MEZZO DI CONTRASTO

Lei dovrà sottoporsi ad un'indagine radiologica per la quale potrebbe essere prevista la **somministrazione, endovenosa o orale**, di una sostanza chiamata **"mezzo di contrasto"**.

Questo esame viene effettuato utilizzando **raggi X**, ma per ottenere tutte le informazioni utili alla diagnosi, nel suo caso, è estremamente utile somministrare i **mezzi di contrasto (m.d.c.)**, che contengono iodio e permettono di riconoscere con maggiore chiarezza sia strutture normali (vasi arteriosi e venosi, ...) sia eventuali processi patologici.

ATTENZIONE

La somministrazione di m.d.c., così come di qualsiasi farmaco, presenta dei rischi che Lei deve preventivamente conoscere:

TOSSICITÀ GENERALE: i m.d.c. possono interferire con la funzionalità del fegato, dell'apparato cardiovascolare e soprattutto dei reni; reali problemi possono insorgere solo se questi organi sono già malati. Le chiediamo pertanto di comunicarlo prima dell'esame e di portare con sé la relativa documentazione medica e i risultati delle analisi precedentemente eseguite; il Medico Radiologo li valuterà prima di eseguire l'indagine.

REAZIONI AVVERSE: sono legate ad un'intolleranza individuale alla sostanza e sono del tutto imprevedibili. Vengono classificate come:

- **lievi**: nausea, vomito, prurito;
- **moderate**: vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo;
- **severe**: shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-circolatorio.

Le prime non sono rare e vengono risolte con semplici provvedimenti terapeutici. Le forme severe sono del tutto eccezionali (1 caso ogni 150-200 mila esami); in questa Struttura Sanitaria sono disponibili tutti gli strumenti per affrontarle nel miglior modo possibile. Le forme lievi e moderate possono presentarsi anche fardivamente (da un'ora a una settimana): in tale evenienza si consiglia di rivolgersi al proprio Medico Curante o di contattare il Pronto Soccorso.

La **somministrazione di m.d.c. è indispensabile** per numerose tipologie d'indagine, mentre per altre può risultare utile, ma non indispensabile. L'uso del m.d.c. è stabilito dal Medico Radiologo in corso d'esame.

Nel caso Lei NON acconsenta alla somministrazione del m.d.c., il Medico Radiologo, che è tenuto per legge a verificare l'appropriatezza degli esami che comportano l'irradiazione del Paziente, si riserva la decisione sull'utilità o meno di eseguire l'esame senza m.d.c., in base al particolare quesito clinico, fornendoLe le opportune delucidazioni.

Riferimenti Bibliografici

Regione Piemonte ATTO DD 71/A1413C/2021 DEL 21/01/2021 (Allegato_B_CONSENSI_30_12_2020.docx)

Poliambulatorio Statuto • Piazza Statuto, 3 | Via Manzoni, 0 • 10122 Torino • Tel. +39 011 548944

Cognome	Nome
Data e luogo di nascita	Peso Kg
Nella sua qualità di:	
<input type="checkbox"/> Soggetto che deve essere sottoposto all'esame <input type="checkbox"/> Quale genitore del minore..... nato....., e autocertifica, ai sensi del DPR 8/12/2000 n.445, che l'altro genitore è a conoscenza della somministrazione dell'esame medico al minore <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Quale tutore/curatore di.....nato.....	
Ha sofferto o soffre di malattie del cuore, del fegato o dei reni? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Ha avuto in passato manifestazioni allergiche? Se sì, a che cosa? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Ha subito interventi chirurgici? Se sì, quali? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME TC preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari **AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE TC.**

DATA

FIRMA DEL PAZIENTE
(O DI CHI ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE E/O TUTORIALE)

FIRMA DEL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI ESAMI TC

Sono stato informato che è stata posta l'indicazione all'esecuzione di un **Esame TC che utilizza radiazioni ionizzanti senza/con somministrazione di Mezzo di Contrasto Iodato**. A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni fornitemi inerenti i benefici attesi dall'esame e le possibili complicanze ragionevolmente prevedibili; consapevole del mio diritto di rifiutare o sospendere in qualsiasi momento l'esame nonché delle conseguenze derivanti dalla scelta, in piena coscienza acconsento all'esecuzione dell'esame sopra indicato.

Dichiaro inoltre di essere stato pienamente informato dal Dott./Dott.ssa circa i rischi derivanti dalla somministrazione di mezzo di contrasto per via venosa.

A tale scopo do il mio consenso affinché tali preparati mi vengano somministrati, secondo le indicazioni cliniche all'esecuzione dell'esame.

DATA.....

FIRMA DEL PAZIENTE (O DI CHI ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE E/O TUTORIALE)

EVENTUALE PREMEDICAZIONE SI NO

Io sottoscritto/a..... dichiaro di aver assunto (o aver somministrato al Paziente) la premedicazione **antiallergica** come da indicazioni.

DATA.....

FIRMA DEL PAZIENTE (O DI CHI ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE E/O TUTORIALE)

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA (per donne in età fertile)

SI NO

DATA.....

FIRMA DELLA PAZIENTE (O DI CHI ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE E/O TUTORIALE)

FIRMA DEL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME

REVOCA CONSENSO

Io sottoscritto/a..... a partire dalle ore.....del giorno revoco il consenso all'esecuzione dell'esame sopraindicato, consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale).....

Timbro e firma del Medico Radiologo.....

DICHIARAZIONE MEDICO ANESTESISTA

Io sottoscritto/a Dott./Dott.ssa, Medico Chirurgo specializzato in Anestesia e Rianimazione, **DICHIARO** di aver presenziato all'esecuzione dell'esame TC con mezzo di contrasto:

MDC	Dosaggio	Lotto
<input type="checkbox"/> IOMERON 350		
<input type="checkbox"/> ULTRAVIST 370		

del paziente e di averlo assistito durante l'esecuzione dell'esame.

Firma del Medico Anestesista