



**Regione del Veneto**  
**Azienda Ospedaliera Padova**  
**Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica**  
**UOC \_\_\_\_\_**

**AUTORIZZAZIONE ALL'ESECUZIONE DI  
DIAGNOSTICA RADIOLOGICA CON MEZZO DI CONTRASTO  
ORGANOIODATI PER VIA INIETTIVA**

**DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE/UTENTE**

Codice identificativo paziente (se paziente ricoverato)	Cognome _____ Nome _____
	Data di nascita ...../...../..... Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Peso _____
	Unità Operativa di provenienza (se paziente ricoverato) _____
	Esame richiesto _____
	Quesito diagnostico _____

**PARTE 1: NOTA INFORMATIVA**

**Gentile Utente,**

l'indagine diagnostica prescritta prevede l'utilizzo di *Mezzi di contrasto iodati* per via venosa o arteriosa. Questi preparati determinano l'opacizzazione per via vascolare delle strutture anatomiche e ne rendono possibile una più certa identificazione e delimitazione, consentendo una migliore definizione della patologia in causa, sia ai fini diagnostici che terapeutici. Il loro utilizzo può avvenire, a seconda delle necessità diagnostiche, per infusione lenta o per iniezione rapida (cosiddetto a bolo). L'iniezione in bolo determina una sensazione di calore della durata di alcuni secondi.

Presso questa struttura sono utilizzati mezzi di contrasto iodati non ionici di ultima generazione, notevolmente più sicuri ed affidabili che in passato: tuttavia in una minima percentuale dei casi (1-3%) sono possibili reazioni avverse acute, spesso di grado lieve (stravasamento in sede di iniezione, sudorazione, nausea o vomito, secchezza delle fauci, orticaria) o medio (dispnea, broncospasmo, alterazioni pressorie e del ritmo cardiaco, angina, convulsioni, lipotimia); rare, ma possibili, sono le reazioni gravi (edema della glottide, shock anafilattico). Possono avvenire reazioni avverse tardive (dopo 1 ora fino ad una settimana) generalmente di tipo cutaneo (rush, eritema, prurito) ed autolimitanti ([www.ESUR.org](http://www.ESUR.org)). Tali eventi maggiori avvengono in modo severo in meno dello 0.04% dei casi. Gli ultimi dati della letteratura riportano valori non molto dissimili dalla somministrazione di penicillina o altri farmaci.

In caso di precedenti episodi allergici specifici ai mezzi di contrasto iodati, l'esame potrà essere effettuato solo se ritenuto indispensabile, previa adeguata premedicazione con farmaci antistaminici e/o cortisonici. Alcune malattie (mieloma multiplo, macroglobulinemia di Waldenström, grave insufficienza epatica, cardiaca o renale, tireotossicosi, ipertiroidismo, stati di debilitazione e disidratazione, asma e altre malattie allergiche, anemia falciforme), pur non rappresentando una controindicazione assoluta, possono aumentare il rischio di eventi avversi. Queste malattie rendono quindi necessaria una valutazione preliminare circa l'effettiva necessità di eseguire la somministrazione di mezzo di contrasto.

La preghiamo pertanto di segnalare preventivamente al Medico richiedente e al Medico Radiologo tutte le patologie di cui è portatore ed in particolare quelle sopra elencate.

Si ricorda inoltre che in caso di insufficienza renale è necessario presentarsi il giorno dell'appuntamento con un esame recente (datato meno di 30 gg) che attesti il livello di Creatinemia.

Se le informazioni riportate in questo foglio le risultassero poco comprensibili o non esaurienti, si può rivolgere al medico Radiologo e al personale del servizio deputato all'esecuzione dell'indagine richiesta, che sono a disposizione per qualsiasi delucidazione.

<b>PARTE 2: QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER L'UTILIZZO DEL MEZZO DI CONTRASTO</b>			
<b>A CURA DEL MEDICO CURANTE/PRESCRITTORE</b>			
Precedenti somministrazioni di M.D.C.	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	M.D.C. iodato o altre sostanze _____
Precedenti reazioni al M.D.C	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Se si, specificare _____
Eventuali trattamenti farmacologici concomitanti (esclusa premedicazione)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Se si, specificare _____
Precedenti reazioni a farmaci:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Se si, a quali farmaci _____
Altre forme allergiche (es. Asma)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Se si, specificare _____
<b>Eventuali malattie accertate/possibili fattori di rischio</b>	<input type="checkbox"/> Insufficienza epatica grave <input type="checkbox"/> Basso ematocrito o anemia falciforme <input type="checkbox"/> Insufficienza renale (VFG < 60 ml/min) <input type="checkbox"/> Creatininemia ____ (mg/dl) e VFG _____ eseguito il .../.../.... <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiovascolare grave (FE< 40%) <input type="checkbox"/> Macroglobulinemia di Waldenström <input type="checkbox"/> Mieloma multiplo <input type="checkbox"/> Altro _____ <b>Allegare esami di laboratorio e referti diagnostici che definiscono il grado delle condizioni patologiche.</b>		
<b>Farmaci in uso</b>	<input type="checkbox"/> Beta-bloccanti <input type="checkbox"/> Biguanidi (Metformina). Se il paziente assume <b>METFORMINA</b> <u>sospendere la terapia 48 ore prima dell'esame e 48 ore dopo l'esame</u> <input type="checkbox"/> Interleukina 2 <input type="checkbox"/> FANS _____ <input type="checkbox"/> Aminoglicosidi		
<b>Per le donne in età fertile</b>	Gravidanza presunta o in atto	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
	Data ultima mestruazione	.../.../....	

<b>PARTE 3: ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO</b>
<p>Dopo aver riflettuto sulle informazioni ricevute ed aver risposto con precisione alle domande sopra elencate, lo sottoscritto/a</p> <p style="text-align: center;"><b>ACCETTO</b></p> <p>liberamente, spontaneamente e in piena coscienza di sottopormi all'indagine diagnostica proposta, con somministrazione del mezzo di contrasto. Sono a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento.</p> <p>Data .../.../.... Firma del paziente/utente * _____</p> <p><b>A CURA DEL MEDICO CURANTE/PRESCRITTORE:</b> In base ai dati anamnestici forniti dal paziente ed ai dati clinici attualmente in mio possesso non si rilevano discrepanze rispetto a quanto dichiarato dal Sig. _____</p> <p>Data .../.../.... Firma del medico curante/prescrittore _____</p> <p><b>A CURA DEL MEDICO RADIOLOGO:</b> Per assunzione di responsabilità, avendo puntualmente verificato quanto sopra riportato autorizzo l'esecuzione dell'esame con somministrazione del mezzo di contrasto.</p> <p>Data .../.../.... Firma del medico radiologo _____</p>

\* Firma dell' esercente/i la potestà genitoriale in caso di minore

\* Firma del curatore o tutore o amministratore di sostegno in caso di incapacità