


<p>Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Rhodense PRC N. 13 – 11/2022 Modello 1</p>	<p style="text-align: center;">NOTA INFORMATIVA n. 105</p> <p style="text-align: center;"><i>SC Radiologia -Diagnostica per Immagini</i></p>	<p style="text-align: center;">Etichetta paziente o cognome/nome/ data nascita</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
---	---	---

SOMMINISTRAZIONE MEZZO DI CONTRASTO (MDC) IODATO

1. Descrizione/Finalità della procedura

In relazione al tipo di patologia da studiare il medico radiologo decide se è necessario somministrare un “mezzo di contrasto” (mdc) per via endovenosa.

La somministrazione del mezzo di contrasto è parte integrante dell’esame radiologico e, in alcuni tipi di indagine, è indispensabile per una corretta diagnosi.

2. Modalità di esecuzione

Il mdc viene introdotto solitamente per via endovenosa (di solito in una vena del braccio) in quantità variabile a seconda del tipo di studio da effettuare.

Alcuni esami prevedono somministrazione del mdc per via intra-arteriosa, altri trans-catetere o drenaggio.

3. Prescrizioni/Preparazione necessaria/Raccomandazioni

Per l'esecuzione della procedura è necessario:

- Esami del sangue - creatininemia - recente (entro i 3 mesi precedenti all'esame) da portare in visione;
- Digiuno da cibo almeno 6 ore; è possibile bere acqua moderatamente (si possono comunque assumere i farmaci abituali);
- Portare tutta la documentazione clinica e gli esami diagnostici precedenti.

In caso di pregresse reazioni allergiche al mezzo di contrasto (mdc) o in caso di valori di creatininemia alterati occorre prendere contatti con i medici dell’UO di Radiologia indicati in calce al documento per mettere in atto gli opportuni protocolli di premedicazione.

4. Rischi e complicanze/ Esiti temporanei o permanenti

La somministrazione di mezzo di contrasto è in genere ben tollerata. Normalmente il fastidio di tale indagine si limita al posizionamento dell’ago-cannula nella vena e ad una sensazione di calore durante l’iniezione del mdc.

Le possibili complicanze sono:


a) Reazione allergica al mezzo di contrasto

I mezzi di contrasto iodati attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, ma occasionalmente possono provocare alcune reazioni avverse che vengono classificate come:

- Lievi (circa 1 caso ogni 100) come nausea, vomito, prurito, sintomi che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono spontaneamente. Esiste la possibilità di reazioni ritardate (entro una settimana), generalmente cutanee lievi, che si risolvono per lo più senza terapia.
- Moderate (circa 1 caso ogni 6.000) come orticaria diffusa, edema facciale e broncospasmo che sono in genere risolte con semplici provvedimenti terapeutici che vengono effettuati direttamente in reparto di radiologia al presentarsi dei sintomi.
- Severe (circa 1 caso ogni 60.000) come shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-respiratorio, e shock anafilattico che in casi eccezionali possono provocare il decesso e che sono affrontate in ambito

(Rif. Consensi informati SIRM 2015)

Nota Informativa approvata da: Direttore Dipartimento Area dei Servizi

<p>Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Rhodense PRC N. 13 – 11/2022 Modello 1</p>	<p style="text-align: center;">NOTA INFORMATIVA n. 105</p> <p style="text-align: center;"><i>SC Radiologia -Diagnostica per Immagini</i></p>	<p>Etichetta paziente o cognome/nome/ data nascita</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
---	---	---

ospedaliero con necessarie procedure di intervento.

b) Nefropatia indotta da mezzo di contrasto

Esiste la possibilità che il mezzo di contrasto provochi un peggioramento, di solito transitorio, della funzionalità dei reni (circa nel 3% dei pazienti) che si può verificare con maggior frequenza nei pazienti che hanno già problemi renali, soprattutto se sono anche diabetici.

c) Stravasamento di mdc

Esiste la possibilità di rottura della vena e stravaso di mdc, eventi legati alla fragilità individuale e alla velocità di iniezione. Nel caso di stravaso verranno adottate le cure e precauzioni del caso.

Rispetto alle informazioni di cui sopra, sono presenti condizioni che possono modificare il decorso e l'esito della procedura:

NO SI _____

5. Alternative

//

6. Conseguenze in caso di rifiuto

L'assenza di somministrazione endovenosa del mezzo di contrasto riduce il potenziale diagnostico dell'esame.

Data _____

Firma del Paziente (o del rappresentante legale) per presa visione

CONTATTI UTILI:

- SC Radiologia P.O. Rho: tel. 02/99430.3979; mail: segradr@asst-rhodense.it
- SC Radiologia P.O. Garbagnate: tel. 02/99430.2219; mail: segreteriaradga.hsp@asst-rhodense.it

(Rif. Consensi informati SIRM 2015)

Nota Informativa approvata da: Direttore Dipartimento Area dei Servizi

INDAGINE RICHIESTA: SOMMINISTRAZIONE MEZZO DI CONTRASTO IODATO

VIA SI SOMMINISTRAZIONE (SE DIVERSA DA QUELLA ENDOVENOSA) _____

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE		Spazio barecode
Cognome _____		
Nome _____		
Data di nascita _____		
Lingua parlata: Italiano: SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Altro: _____		
Peso (kg): _____		

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Ha già eseguito esami con mezzo di contrasto (mdc) iodato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha avuto reazioni allergiche al mdc iodato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se sì di che tipo? LIEVI <input type="checkbox"/> MODERATE <input type="checkbox"/> SEVERE <input type="checkbox"/>		
Ha importanti allergie a farmaci o altre sostanze?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se sì a quali?		
Soffre di asma grave?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Data esami del sangue: CREATININEMIA _____ GFR _____		

DATA _____

FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO DEL MEDICO

U.O. _____ Presidio _____

Data...../...../.....

Paziente _____
COGNOME NOME

Data di nascita: __/__/____

<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
<input type="checkbox"/> Tutore legale (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
<input type="checkbox"/> Genitori	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	

informato/i attraverso colloqui diretti con il Dr. _____,

relativamente a **SOMMINISTRAZIONE MEZZO DI CONTRASTO**

conseguente a _____ e in particolare dichiara/no:
(DEFINIRE LA PATOLOGIA O IL SOSPETTO DIAGNOSTICO)

- di avere letto e compreso le informazioni contenute nella **NOTA INFORMATIVA** allegata che è stata consegnata e spiegata chiaramente;
- di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento;
- di essere stati messi al corrente:
 1. delle modalità di effettuazione del trattamento, delle diverse modalità/tecniche possibili e relativi vantaggi e rischi;
 2. dei risultati conseguibili in termini di probabilità di successo, di benefici e limitazioni per la vita futura;
 3. di condizioni morbose concomitanti che possono costituire fattore di rischio;
 4. delle conseguenze temporanee e permanenti prevedibili;
 5. di eventuali ricadute nell'ambito della vita familiare e sociale e sulle attività occupazionali;
 6. di possibili problemi di recupero dopo l'intervento;
 7. di eventuali rischi e complicanze e della probabilità che avvengano e di come possano essere risolti;
 8. dell'eventuale possibilità di scelta fra cure diverse o diverse tecniche operatorie e i relativi vantaggi e rischi;
 9. delle eventuali patologie che con maggior probabilità potranno essere scoperte nel corso dell'intervento al fine di acquisire il Consenso Informato per il trattamento di esse;
 10. delle possibili conseguenze derivanti dal rifiuto dell'atto sanitario.

Dichiara/no pertanto di **ACCETTARE, E DI NON AVERE ULTERIORI DOMANDE DA PORRE,** **NON ACCETTARE**

di sottoporsi/sottoporre il proprio figlio/a beneficiato/a rappresentato/a sopraindicato all'intervento proposto.

Si impegna/no infine a eseguire i controlli necessari che verranno proposti e attenersi alle indicazioni che verranno fornite.

FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO DEL MEDICO

FIRMA DEL PAZIENTE
GENITORI/TUTORE /RAPPRESENTANTE LEGALE

FIRMA DELL'INTERPRETE SCELTO
(LEGGIBILE)

Eventuale **revoca** : data __/__/____

Firma del paziente _____

Firma Medico _____