

| | | |
|--|---|---|
| <p>Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Rhodense</p> <p>PRC N. 13 Revisione 01 del 11/2023</p> | <p>NOTA INFORMATIVA n. 15</p> <p>CARDIO TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)</p> <p><i>SC Radiologia -Diagnostica per Immagini SC Cardiologia</i></p> | <p>Etichetta paziente o cognome/nome/ data nascita</p> <p>-----</p> <p>-----</p> |
|--|---|---|

1. Descrizione

La cardio-TC è una tecnica diagnostica che utilizza radiazioni ionizzanti e fornisce un elevato dettaglio morfologico di tutte le strutture anatomiche incluse nell'acquisizione, in particolare delle arterie coronarie, vasi di piccolo calibro ed a decorso tortuoso.

2. Finalità della procedura

La cardio-TC permette di visualizzare in maniera non-invasiva l'albero coronarico per poter escludere o confermare la presenza di stenosi (restringimenti) o aneurismi (dilatazioni) delle coronarie; è infatti una metodica dotata di altissimo valore predittivo negativo (elevata capacità di escludere la malattia coronarica in chi non è malato).

L'indicazione principale all'esame è la valutazione della malattia coronarica nei pazienti con bassa o intermedia probabilità pre- test di malattia ma con necessità di eseguire degli accertamenti (dolore atipico, test provocativo dubbio o non interpretabile, dolore toracico acuto in assenza di alterazioni ECG o di positività dei marker enzimatici). In questi pazienti la cardio-TC può escludere con ragionevole sicurezza la malattia ed evitare così l'esecuzione di una coronarografia solo diagnostica. Lo stesso si può dire per l'esecuzione di questo esame nei pazienti con cardiomiopatia dilatativa in cui si voglia escludere l'eziologia ischemica e nello studio pre-operatorio delle coronarie nei pazienti che devono essere sottoposti ad intervento cardiocirurgico non-coronarico. Un'altra applicazione, infine, può essere la valutazione di eventuali anomalie o fistole coronariche. La cardio-TC consente inoltre di valutare tutte le strutture cardiache ed extracardiache incluse nel volume di acquisizione (vene cardiache, vene polmonari, parenchima polmonare, mediastino ecc.).

3. Modalità di esecuzione

Il paziente viene posizionato su un lettino che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (gantry) al cui interno si trovano la fonte di raggi X e i dispositivi di rilevazione. I dati di rilevazione ottenuti vengono rielaborati da un computer che li trasforma in immagini.

La Cardio-TC (o TC-coronarica) differisce da una comune TC con mezzo di contrasto per la sincronizzazione dell'esame al tracciato elettrocardiografico; infatti al momento dell'esame al paziente vengono posizionati sul petto degli elettrodi per ECG.

Requisito per la buona riuscita dell'esame è una corretta frequenza cardiaca, stabile e auspicabilmente non superiore a 60 battiti per minuto a riposo.

Per ottenere una corretta frequenza cardiaca potrà essere necessaria la somministrazione di farmaci cronotropi negativi per via orale o endovenosa (comunemente farmaci beta-bloccanti); inoltre, per vasodilatare le coronarie, solitamente vengono somministrati nitrati per via sublinguale.

Modalità di impiego ed eventuali controindicazioni alla somministrazione di tali farmaci sono stabilite in accordo con lo Specialista Cardiologo che collabora con la la SC di Radiologia.

L'esame prevede la somministrazione di un "mezzo di contrasto" per via endovenosa in quantità variabile a seconda del tipo di studio da effettuare mediante un iniettore automatico che si collega ad un piccolo catetere venoso introdotto preventivamente preferibilmente in una vena del braccio.

E' necessario prendere visione dell'informativa/questionario e firmare il relativo consenso (NI n. 105 mezzo di contrasto iodato).

| | | |
|--|---|---|
| <p>Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Rhodense</p> <p>PRC N. 13 Revisione 01 del 11/2023</p> | <p>NOTA INFORMATIVA n. 15</p> <p>CARDIO TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)</p> <p><i>SC Radiologia -Diagnostica per Immagini SC Cardiologia</i></p> | <p>Etichetta paziente o cognome/nome/ data nascita</p> <p>-----</p> <p>-----</p> |
|--|---|---|

4. Prescrizioni/Preparazione necessaria/Raccomandazioni

Per la somministrazione del mezzo di contrasto, alla cui nota informativa si rimanda, occorre:

- Esami del sangue - creatininemia - recente (entro i 3 mesi precedenti all'esame) da portare in visione;
- Digiuno da almeno 6 ore; è possibile bere acqua moderatamente (si possono comunque assumere i farmaci abituali);

Occorre portare tutta la documentazione clinica e gli esami diagnostici precedenti (visita cardiologica, elettrocardiogramma, ecocardiogramma, scintigrafia miocardica, coronarografia). In particolare, per i pazienti con stent o by-pass, occorre portare la documentazione della procedura di angioplastica o dell'intervento anche se risale ad anni prima dell'esame TC.

5. Rischi e complicanze/ Esiti temporanei o permanenti

Le complicanze sono rare e includono, oltre ad eventuali reazioni allergiche al mdc iodato (per cui si rimanda alla relativa informativa), reazioni ai farmaci eventualmente somministrati per ottimizzare la frequenza cardiaca (principali controindicazioni all'uso di beta-bloccanti sono l'asma, blocchi atrioventricolari di grado avanzato, bradicardia e disfunzione sistolica ventricolare) e vasodilatatore le coronarie (cefalea, ipotensione, tachicardia).

Essendo comunque l'esame effettuato in ambito ospedaliero l'equipe è addestrata a mettere in atto le necessarie procedure di intervento

6. Alternative

Coronarografia.

7. Conseguenze in caso di rifiuto

Mancata diagnosi

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

NO SI _____

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: SegreteriaRadq@asst-rhodense.it

SC Cardiologia P.O. Rho: tel. 02/99430.3340; mail: emodinamica@asst-rhodense.it

SC Cardiologia P.O. Garbagnate: tel. 02/99430.2249

U.O. _____ Presidio _____

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

Paziente _____
COGNOME NOME

Etichetta barcode
(se disponibile)

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 **CARDIO TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)**

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 della procedura, 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 complicità 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 _____