REGIONE PIEMONTE

ASSESSORATO SANITA', LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA, EDILIZIA SANITARIA

MODELLO A

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

(Data ultima revisione: 27/10/2020)

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 sottoporla 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 Inviante, la risposta più appropriata al Suo attuale problema clinico.

GRAVIDANZA CERTA O SOSPETTA

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

r_piemon - Rep. DD-A14 21/01/2021.0000071.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da: FRANCO RIPA Si attesta che la presente copia cartacea è conforme all'originale digitale ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento informatico originale è conservato negli archivi di Regione Piemonte

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** 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 tardivamente (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. A volte l'uso del m.d.c. potrà essere deciso 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.

r_piemon - Rep. DD-A14 21/01/2021.0000071.I Copia conforme dell'originale sottoscritto digitalmente da: FRANCO RIPA Si attesta che la presente copia cartacea è conforme all'originale digitale ai sensi dell'art. 23 del D.lgs. n. 82/2005. Il corrispondente documento informatico originale è conservato negli archivi di Regione Piemonte

REGIONE PIEMONTE

ASSESSORATO SANITA', LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA, EDILIZIA SANITARIA

MODELLO A1

CONSENSO INFORMATO RELATIVO ALL'ESECUZIONE DI ESAMI CON RADIAZIONI IONIZZANTI, SENZA/CON SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO IODATO

(Data ultima revisione: 27/10/2020)

Spazio da compilarsi da parte del Medico prescrivente

(la mancata compilazione del questionario potrebbe precludere l'effettuazione dell'esame)*

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO

ATTENZIONE: La preghiamo di voler **segnalare**:

• comprovata allergia ai mezzi di contrasto iodati (se noto, quale.....)	**sì**	**no**
• asma bronchiale sintomatica	**sì**	**no**
• orticaria in atto	**sì**	**no**
• angioedema ricorrente	**sì**	**no**
• mastocitosi	**sì**	**no**
• pregresso/i episodio/i di shock anafilattico da causa non determinata	**sì**	**no**
• stato di gravidanza (possibile o accertata)	**sì**	**no**
• forme di grave insufficienza cardio-vascolare	**sì**	**no**
• ipertiroidismo manifesto	**sì**	**no**
• assunzione di metformina	**sì**	**no**
• eventuale somministrazione di m.d.c. ev nelle ultime 48-72h	**sì**	**no**

• funzionalità dei reni: creatininemia ..... e-GFR ..... del.....
(dosaggio eseguito nei 3 mesi precedenti; nella settimana precedente in caso di patologia acuta o di evento esterno che possa aver influenzato negativamente la funzionalità renale)

Timbro e firma del Medico prescrivente.....

***Nel caso in cui dovesse rispondere "sì" una o più volte oppure se e-GFR<30, si prega di contattare il Servizio di Radiologia presso cui sarà eseguito l'esame non appena ottenuta la data dell'appuntamento, onde poter mettere in atto adeguati provvedimenti.**

REGIONE PIEMONTE *ASSESSORATO SANITA', LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA, EDILIZIA SANITARIA*

Gli utenti da sottoporre a preparazione antiallergica devono essere accompagnati e dopo l'effettuazione dell'esame non possono mettersi alla guida di alcun veicolo.

CONSENSO

Io sottoscritto/a..... nato/a a ..... il.....

(*genitore o tutore legale di .....)

sono stato informato che è stata posta l'indicazione all'esecuzione di un **Esame che utilizza radiazioni ionizzati 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.

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.....

.....

PREMEDICAZIONE
(Pazienti ricoverati)

Io sottoscritto/a.....dichiaro di aver somministrato al Paziente la premedicazione ☐ **antiallergica** ☐ **nefroprotettiva** come da indicazioni.

Timbro e firma del Medico prescrivente

.....

Data.....

Timbro e firma del Medico Radiologo.....

REVOCA CONSENSO

Io sottoscritto/a..... a partire dalle ore .....

del giorno ..... **revoco il consenso** all'esecuzione dell'esame sopra indicato, 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.....