



**DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**  
**CONSENSO INFORMATO per l'accertamento:**  
**TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA CON MEZZO DI CONTRASTO**

**Data**

<b>Responsabili Unità Operativa</b>  <b>U.O. Radiodiagnostica</b> Dott. P.Biondetti  Tel. 0255033555 0255035804  <b>U.O. Neuroradiologia</b> Dott. F.M. Triulzi  Tel. 02/55035521 Fax 02/55033264	<p><i>Gentile Signore/a,</i></p> <p><i>Nella relazione di cura fra medico e paziente è importante che vi siano dei momenti in cui confrontarsi sulle scelte di salute: in particolare, è vostro diritto ricevere tutte le informazioni necessarie per poter scegliere in modo consapevole.</i></p> <p><i>Questo documento ha lo scopo di affiancare il medico nel fornirvi un'informazione corretta e completa riguardo le condizioni cliniche della persona di cui lei è rappresentante, affinché lei possa esprimere una scelta libera e informata.</i></p> <p>Questa informazione al consenso per <u>incapaci</u> viene presentata a:</p> <p>COGNOME: _____ NOME: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tutore <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno</p> <p>di:</p> <p>COGNOME: _____ NOME: _____</p> <p>DATA NASCITA: _____ LUOGO DI NASCITA: _____</p> <p>SESSO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p><b>Il/la Dott./Dott.ssa</b> COGNOME: _____ NOME: _____ che richiede l'esame ne ha spiegato l'utilità al tutore/amministratore di sostegno del paziente e gli ha consegnato copia del consenso.</p> <p><b>firma del medico richiedente</b> .....</p>
---	--

**1. Condizioni/motivazioni cliniche per cui si propone l'accertamento:**

Nel caso del paziente di cui è tutore/amministratore di sostegno, sulla base delle risposte che lei ha dato nel questionario preliminare, viene suggerita l'esecuzione della tomografia computerizzata con mezzo di contrasto :

- in quanto paziente esterno (vedi indicazioni del medico curante)
- in quanto paziente interno

per.....

Ho compreso le condizioni cliniche per cui mi si propone l'accertamento?

- Sì
- Ho chiesto ulteriori chiarimenti

**2. Informazioni riguardo l'accertamento:**

La Tomografia Computerizzata (TC) è una metodica diagnostica che utilizza i raggi X e consente di visualizzare eventuali patologie grazie all'uso di un mezzo di contrasto (mdc) a base di iodio. Durante l'accertamento il paziente sarà adagiato su un lettino, che scorrerà all'interno di un anello molto largo. Un infermiere inserirà un ago cannula, generalmente nel braccio. Al paziente sarà



somministrato successivamente il mdc per via endovena. Durante l'introduzione del mdc è frequente poter avvertire una sensazione di calore localizzato o diffuso lungo il corpo. Per la TC dell'addome talvolta occorre assumere un liquido per bocca a base di iodio. Verranno fornite al paziente istruzioni che aiuteranno ad eseguire al meglio la procedura, che può durare in totale fino a 20 minuti e per la cui esecuzione possono essere necessarie pause respiratorie di 5-30 secondi.

Viene allegata scheda informativa

Ho compreso le informazioni riguardo l'accertamento?

Sì  Ho chiesto ulteriori chiarimenti

### 3. Benefici attesi:

Proporre delle ipotesi diagnostiche, soddisfare le richieste cliniche dei medici proponenti l'esame.

Ho compreso i benefici attesi?

Sì  Ho chiesto ulteriori chiarimenti

### 4. Probabilità di successo e insuccesso riguardo l'accertamento:

La qualità delle immagini diagnostiche può essere compromessa, se il paziente durante l'esame si muove o non mantiene l'apnea quando richiesto.

Ho compreso le probabilità di successo e insuccesso riguardo l'accertamento?

Sì  Ho chiesto ulteriori chiarimenti

### 5. Rischi connessi con l'accertamento:

I rischi relativi alla TC sono di due tipi:

**a) rischi dovuti alle reazioni avverse prodotte dall'utilizzo dei mezzi di contrasto a base di iodio.** Tali reazioni possono essere prevedibili o imprevedibili. Le prevedibili sono legate a patologie pre-esistenti, già menzionate nel questionario che ha ricevuto in precedenza, che verranno valutate dal radiologo per limitarle. Le imprevedibili possono essere gravi e comportare reazioni che implicano lo shock anafilattico, l'arresto cardiaco, 1 caso per ogni 2500\* iniezioni, morte (0 casi nella nostra casistica) (1 caso su 170.000\*) secondo gli ultimi dati di letteratura\*. In caso di complicazioni è garantito l'intervento immediato di uno specialista in anestesia e rianimazione, sempre presente in ospedale.

\**Emergency Radiology*, 2006

**b) rischi dovuti all'uso di raggi X.** Il rischio relativo all'uso dei raggi x e' minimo e può variare in relazione alla parte da esaminare. Infatti l'effetto dannoso dei raggi X per la TC encefalo è considerato nullo, mentre per una TC del resto del corpo il rischio massimo è pari all'esposizione di una persona a tre/quattro anni di radiazioni presenti nell'ambiente in modo naturale .(www.Radiologyinfo.org/Radiologysafety

Ho compreso i rischi connessi con l'accertamento?

Sì  Ho chiesto ulteriori chiarimenti

### 6. Possibili conseguenze e problemi di recupero:

Le conseguenze si presentano di solito entro 1 ora dalla somministrazione del mdc, sono imprevedibili in assenza di accertata reazione avversa, e sono di solito di lieve/moderata entità. Comprendono: reazioni gastriche (ad es. vomito), cutanee (ad es. prurito), respiratorie (ad es. difficoltà a respirare), cardiovascolari (ad es. ipotensione). La fuoriuscita del mezzo di contrasto nei tessuti molli per rottura della vena è un evento che si può verificare 1 caso ogni 2000 (*Emergency Radiology* 2006). Le conseguenze tardive possono manifestarsi a partire da 1 ora fino ad una settimana dalla somministrazione, e di solito sono legate a reazioni cutanee.

Ho compreso i possibili esiti e problemi di recupero connessi con l'accertamento?

Sì  Ho chiesto ulteriori chiarimenti

### 7. Possibili alternative relative a quanto proposto:

Per alcuni quesiti diagnostici la Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) è una valida alternativa per quanto riguarda l'uso delle radiazioni non del mezzo di contrasto. Richiede tuttavia tempi di esecuzione molto più lunghi, è poco adatta a pazienti non collaboranti e presenta anch'essa delle controindicazioni relative o assolute (ad es. claustrofobia o uso di pacemaker).

Ho compreso le possibili alternative relative a quanto proposto?

Sì  Ho chiesto ulteriori chiarimenti

**8. Possibili conseguenze nel caso non venga eseguito l'accertamento:**

Nel caso in cui non venga eseguito l'accertamento si potrà verificare ritardo o mancata diagnosi.

Ho compreso le conseguenze derivanti dalla mancata esecuzione?

Sì  Ho chiesto ulteriori chiarimenti

**DICHIARAZIONE DEL MEDICO che esegue l'accertamento**

Io sottoscritto/a..... dichiaro di aver informato il rappresentante di..... sulle sue condizioni cliniche e sui relativi possibili trattamenti, procedure ed accertamenti, in modo chiaro, con linguaggio semplice, assicurandomi della sua comprensione, di aver risposto ad ogni domanda e prendere atto della sua libera decisione di seguito espressa.

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

Firma del medico.....

**FIRMA INFORMATIVA**

Io sottoscritto/a .....

Tutore

Amministratore di sostegno

di:.....

dichiaro di aver ricevuto informazioni che mi hanno permesso di comprendere le condizioni cliniche della persona della quale sono rappresentante e la procedura che è stata proposta, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti.

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

Firma .....

**Firma dell'eventuale mediatore culturale .....**

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO**

*Le viene qui richiesto di dichiarare o di rifiutare il vostro consenso per la procedura che riguarda la persona della quale lei è rappresentante  
In ogni caso lei potrà comunque, in qualsiasi momento successivo, revocare il consenso che qui sta esprimendo.*

Io sottoscritto/a .....

Tutore

Amministratore di sostegno

di .....

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

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

Firma .....

**REVOCA DEL CONSENSO:**

Io sottoscritto/a .....

Tutore

Amministratore di sostegno

di .....

dopo essere stato informato sulle motivazioni e la natura dell'atto clinico proposto, sui suoi benefici, rischi, alternative, e sulle conseguenze nel caso in cui non venga eseguito, revoco il consenso precedentemente espresso.

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

Firma .....