

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 Lei, 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 paziente sulle procedure ed accertamenti possibili, 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 dichiaro di aver ricevuto informazioni che mi hanno permesso di comprendere le mie condizioni cliniche e l'accertamento propostomi, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti.

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

Firma del paziente.....

Firma dell'eventuale mediatore culturale

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Le viene qui richiesto di dichiarare o di rifiutare il suo consenso per l'accertamento che La riguarda. In ogni caso Lei potrà comunque, in qualsiasi momento successivo, revocare il consenso che qui sta esprimendo.

Io sottoscritto/a , valutate le informazioni ricevute:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

All'accertamento propostomi,

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

Firma del paziente.....

REVOCA DEL CONSENSO:

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

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

Firma del paziente

QUESTIONARIO PRELIMINARE PER L'ESECUZIONE DI ESAMI CON MEZZI DI CONTRASTO (MDC) A BASE DI IODIO

Cognome..... Nome..... Data di nascita.....
(*nel caso in cui l'esame venga prescritto ad un paziente ricoverato, il questionario deve essere compilato dal medico che ha in cura il paziente e che propone l'esame)

Al fine di un corretto svolgimento dell'accertamento Le poniamo i seguenti quesiti:

		SI	NO
1	E' in stato di gravidanza?		
2	Ha già eseguito esami con mdc a base di iodio?		
3	Gli esami con mdc a base di iodio le hanno causato reazioni cutanee o malesseri di altro tipo?		
4	Ha una storia di allergie per cui ha bisogno di un trattamento farmacologico?		
5	Ha un ipertiroidismo che non è controllato dalla terapia?		
6	Ha una patologia renale o una storia di insufficienza renale?		
7	E' affetto da diabete?		
8	Sta assumendo METFORMINA per il trattamento del diabete?		
9	E' affetto da mieloma multiplo?		
10	E' affetto da feocromocitoma o paraganglioma?		
11	Sta assumendo INTERLEUCHINA?		
12	E' affetto da favismo? Deficit di G6PD		

Per escludere altre contro-indicazioni si richiedono i seguenti esami di laboratorio,

GLICEMIA-CREATINEMIA

Gli esami vengono considerati validi se eseguiti in un periodo inferiore ai tre mesi dalla data stabilita per l'esecuzione dell'accertamento.

E' necessario digiuno da 6 ore

SE HA RISPOSTO SI ANCHE A SOLO UNA DELLE DOMANDE SOPRA ELENcate, CONTATTARE LA SEGRETERIA

Data, .../.../...

FIRMA DEL *MEDICO RICHIEDENTE /FIRMA DEL PAZIENTE

.....