

**CONSENSO E QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER L'ESECUZIONE
DI ESAME DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA**

PAZIENTI AMBULATORIALI

COD.: CI 28b

Io sottoscritto (cognome e nome) _____

nato il ____ / ____ / ____ a _____ Prov _____

residente/domiciliato a _____ in Via/P.zza _____

n _____ CAP _____ tel _____

In qualità di: ☐ **Paziente**

☐ **Rappresentante Legale:** ☐ genitore/i ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno

del paziente (cognome e nome) _____

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____

Per pazienti minorenni firmano entrambi i genitori

Il genitore che sottoscrive il presente modulo in assenza dell'altro genitore, dichiara – sotto la propria responsabilità – di manifestare la volontà di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000. Il dichiarante è consapevole delle conseguenze in termini di responsabilità penale, che derivano dal rilasciare attestazioni non veritiere.

NOTE ANAMNESTICHE RILEVANTI – da compilare a cura del paziente che deve sottoporsi a TC **con mdc**

Ipertensione o malattie cardiovascolari	si	no	Policitemia	si	no
Insufficienza renale	si	no	Asma bronchiale	si	no
Diabete mellito in terapia con ipoglicemizzanti orali (es. metformina)	si	no	GRAVIDANZA in atto data ultime mestruazioni _____	si	no
Insufficienza epatica grave	si	no			
Ipertiroidismo	si	no			

Farmaci in uso: _____

NOTA: Il paziente che deve effettuare TC con mezzo di contrasto deve presentarsi con referto di **creatininemia** non antecedente i 30 giorni.

Il sottoscritto dichiara che:

✓ ha avuto reazioni allergiche a mezzo di contrasto utilizzato per TC ☐ si ☐ no

✓ ha qualche tipo di manifestazione allergica IN ATTO o pochi giorni prima dell'esame ☐ si ☐ no

*Compilazione obbligatoria per l'esecuzione dell'esame

SEZIONE RISERVATA AL MEDICO CURANTE O AL MEDICO RICHIEDENTE (in caso di allergie)

Se il paziente risponde **si** ad una delle domande sopra riportate, il medico dovrà consultare l'allegato "Pretrattamento farmacologico per pazienti allergici" sul sito della Fondazione, procedere, quando opportuno, alla prescrizione dei farmaci indicati e, solo in questo caso, apporre qui sotto la propria firma

Firma del medico curante/medico richiedente _____

In caso di manifestazioni allergiche in atto pochi giorni prima dell'esame, è necessario consultare il medico curante per l'eventuale prescrizione del trattamento sopra citato.

Sezione riservata ai pazienti con pregressa reazione allergica a

**CONSENSO E QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER L'ESECUZIONE
DI ESAME DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA**

PAZIENTI AMBULATORIALI

COD.: CI 28b

mezzo di contrasto o forme allergiche valutate ad alto rischio dal medico allergologo

Io sottoscritto (cognome e nome) _____ nato il ____ / ____ / ____ dichiaro di essere stato esaurientemente informato dal mio medico curante in merito alla preparazione farmacologica presente sul sito della Fondazione per pazienti ad alto rischio allergico e di aver compreso che:

- tale preparazione non previene le reazioni allergiche gravi, ma ne riduce l'intensità
- in caso di mancata assunzione dei farmaci previsti l'esame **NON** sarà effettuato.

Dichiaro, inoltre, di aver **assunto la terapia orale prescritta** dal mio medico curante ieri sera, 2 ore e 1 ora prima dell'orario previsto per l'esame diagnostico.

Firma paziente o suo rappresentante legale _____

DICHIARO DI

- ☐ aver letto l'informativa allegata al presente consenso con tutte le indicazioni per l'esecuzione dell'esame;
- ☐ aver compreso finalità e vantaggi dell'esame, possibili rischi e complicanze;
- ☐ aver compreso modalità e motivazioni della somministrazione del mezzo di contrasto;
- ☐ non avere necessità di ulteriori chiarimenti sull'esame.

In piena coscienza e libertà di decisione

☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO** ad essere sottoposto

- ☐ all'esame di TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA
- ☐ alla somministrazione, per via endovenosa, del mezzo di contrasto iodato.

Data, ____ / ____ / ____

Firma del paziente / genitori / tutore / amm. di sostegno*

Il Medico Radiologo (cognome e nome **LEGGIBILI**) _____, verificati il quesito diagnostico, il questionario anamnestico ed il valore della **creatininemia** (____), autorizza l'esecuzione dell'esame.

☐ Consenso acquisito in presenza del testimone _____
(specificarne cognome, nome e qualifica)

Data, ____ / ____ / ____

Timbro e firma del Medico Radiologo _____

Consenso e questionario anamnestico compilati con l'ausilio di un interprete/ mediatore culturale: ☐ sì ☐ no
cognome e nome dell'interprete/mediatore (scrivere in stampatello) _____

firma dell'interprete / mediatore culturale _____

INFORMATIVA BREVE RESA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Il titolare del trattamento, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta" (C.F. 01668320151 – P.IVA 04376340156), con sede in Via Celoria 11 – 20133 Milano (tel. 02.23941 – fax 02.70638217 – PEC: protocollo@pec.istituto-besta.it), tratta i Vostri dati in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso la sede della Fondazione, e consultabile anche sul sito istituzionale www.istituto-besta.it.

Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) è contattabile all'indirizzo di posta elettronica dpo@istituto-besta.it

* Per i pazienti con amministratore di sostegno firmano amministratore e paziente (quando possibile).



Fondazione I.R.C.C.S.
Istituto Neurologico Carlo Besta



Regione
Lombardia

Sistema Socio Sanitario

ESAMI TC - SCHEDA INFORMATIVA

L'esame utilizza radiazioni ionizzanti, tuttavia la dose di raggi x è minima, trascurabile per le parti del corpo al di fuori della regione in esame. L'esecuzione dell'esame sottende ai principi di adeguatezza e giustificazione secondo il DL 101/2020.

L'esame può essere richiesto anche con somministrazione di mezzo di contrasto.

I mezzi di contrasto sono sostanze che, introdotte nell'organismo, normalmente per via endovenosa, assorbono i raggi x e consentono di visualizzare gli organi sottoposti all'esame per ottenere una maggior definizione diagnostica.

NOTE IMPORTANTI PER ESAMI con MEZZO di CONTRASTO

- E' necessario eseguire un **digiuno** completo a partire da **4 ore prima** dell'esame.
 - Le donne in stato di **gravidanza** (certa o presunta, devono comunicarlo al medico curante o richiedente che valuterà il rapporto rischio/beneficio dell'esecuzione dell'esame.
 - Se l'esame è richiesto con **MdC**:
 - I pazienti diabetici con insufficienza renale di grado IV (filtrato glomerulare ≤ 30 ml/min) che assumono farmaci a base di **metformina** devono sospendere l'assunzione 48 ore prima dell'esame dopo aver consultato il medico curante o lo specialista che provvederà a sostituirlo con un altro prodotto antidiabete. La terapia potrà essere ripresa dopo almeno 48 ore dall'esame su indicazioni del medico curante o dello specialista nefrologo-diabetologo.
 - **SEGNALARE AL MEDICO CHE HA PRESCRITTO L'ESAME SE IL PAZIENTE HA SOFFERTO DI PREGRESSA ALLERGIA AL MEZZO DI CONTRASTO IODATO, PER CUI SARÀ NECESSARIA UNA VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE CASO PER CASO SULLA DECISIONE DI SOMMINISTRARE O MENO IL MDC CON EVENTUALE PREMEDICAZIONE.**
 - **SEGNALARE INOLTRE PRESENZA DI UNA DI TALI CONDIZIONI: MASTOCITOSI, ASMA ALLERGICO NON CONTROLLATO, ORTICARIA O ANGIOEDEMA IN ATTO, ANGIOEDEMA RICORRENTE, ANAFILASSI IDIOPATICA**
- In questo caso è necessario consultare l'allegato Pretrattamento farmacologico per pazienti allergici e lo schema di premedicazione sul sito della Fondazione.

COSA PORTARE IL GIORNO DELL'ESAME?

- La richiesta del medico curante, la tessera sanitaria, l'eventuale tessera di esenzione ticket e il numero di prenotazione dell'esame;
- Il modulo per l'acquisizione del consenso informato (scaricabile dal sito della Fondazione), compilato dal paziente e, solo nel caso di pregresse reazioni allergiche, firmato dal medico curante o richiedente;
- Tutta la documentazione sanitaria ed esami precedenti inerenti il distretto anatomico da indagare (RM, TAC, radiografie, ecografie, relazioni di visite specialistiche);
- In caso di richiesta di TC con mezzo di contrasto è necessario portare i risultati dell'esame di **CREATININEMIA** eseguito nei 30 giorni precedenti.

IL GIORNO DELL'ESAME...

Dopo l'accettazione amministrativa agli sportelli, il paziente viene chiamato dal personale della radiologia e aiutato a posizionarsi sul lettino della TC.

Se l'esame prevede la somministrazione di mezzo di contrasto, si procede ad inserire un **ago cannula**, attraverso il quale, per via endovenosa, con infusione o tramite iniettore automatico, viene somministrato un mezzo di contrasto iodato non ionico (al momento dell'iniezione è normale avvertire una sensazione di calore diffusa).

Durante l'esame il paziente riceverà le opportune indicazioni dal personale tecnico della radiologia.

POSSIBILI REAZIONI AVVERSE AL MEZZO DI CONTRASTO

Deve essere considerata la possibilità che si verifichino effetti indesiderati legati a **reazioni allergiche e non allergiche** non prevedibili.

Le reazioni possono essere **immediate**:

- lievi (nausea, vomito, dolore nella sede di iniezione)
- moderate (respirazione difficoltosa, ipotensione, aumento dei battiti cardiaci)
- gravi, eccezionalmente (1/90.000) a rischio per la vita (gravi aritmie del cuore, broncospasmo severo, arresto cardio-respiratorio, insufficienza renale acuta) che richiedono l'intervento tempestivo del rianimatore (sempre disponibile per assistenza, in caso di necessità).

Nel caso in cui il paziente avverta uno qualsiasi di questi sintomi, deve **referirlo immediatamente al personale sanitario** che prenderà i provvedimenti necessari. Durante l'esame il paziente è, infatti, sotto il diretto controllo di un tecnico sanitario e sono sempre disponibili, in stanze vicine, un medico radiologo e un infermiere.

Le reazioni **ritardate** (da 1 ora dall'iniezione fino a 7 giorni) comportano, più frequentemente eruzioni cutanee, sindromi simil influenzali, disturbi gastro-intestinali. In questi casi è consigliato recarsi in Pronto Soccorso.