

## MODULO ANAMNESTICO PER ESAMI CON M.D.C. ORGANOIODATO PER VIA INIETTIVA

(In conformità con la Circolare Ministeriale n. 900 VI/A.G./6542 del 17/09/1997 del Ministero della Sanità)

Nome.....Cognome.....Data di nascita.....

A seguito di valutazione Clinico-Anamnestica vi è evidenza di:

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RISCHIO ALLERGICO</b> | <input type="checkbox"/> <b>Pregressa reazione moderata-grave a mdc</b><br><input type="checkbox"/> <b>Asma bronchiale sintomatico</b><br><input type="checkbox"/> <b>Orticaria in atto</b><br><input type="checkbox"/> <b>Angioedema ricorrente</b><br><input type="checkbox"/> <b>Mastocitosi</b><br><input type="checkbox"/> <b>Anafilassi idiopatica</b><br><p><b>In caso di evidenza anamnestica positiva anche ad uno solo degli eventi sovraindicati è necessario contattare la Radiologia al fine della adozione della strategia diagnostica più indicata e sicura</b></p> |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RISCHIO DANNO RENALE DA MDC</b> | <input type="checkbox"/> <b>Gotta</b><br><input type="checkbox"/> <b>Ipertensione</b><br><input type="checkbox"/> <b>Insufficienza epatica grave</b><br><input type="checkbox"/> <b>Insufficienza cardiovascolare grave</b><br><input type="checkbox"/> <b>Proteinuria</b><br><input type="checkbox"/> <b>Storia di patologia renale</b><br><input type="checkbox"/> <b>Pregressi interventi a livello renale</b><br><input type="checkbox"/> <b>Diabete mellito</b><br><input type="checkbox"/> <b>Mieloma multiplo</b> |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Allegare eGFR (entro 3 mesi dall' esame salvo casi di funzione renale instabile) : ..... Data.....

In caso di **eGFR <30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>** (prima della somministrazione endovenosa del mezzo di contrasto o della somministrazione intra-arteriosa con esposizione renale al secondo passaggio) o **eGFR <45 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>** (prima della somministrazione intra-arteriosa del mezzo di contrasto con esposizione renale al primo passaggio) **contattare la Radiologia**

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Terapia con Metformina</b><br><input type="checkbox"/> <b>Terapia con B-Bloccanti</b><br><input type="checkbox"/> <b>Terapia con Ii2</b><br><input type="checkbox"/> <b>Terapia con aminoglicosidi</b> | <input type="checkbox"/> <b>Terapia con FANS</b><br><input type="checkbox"/> <b>Feocromocitoma, Ipertiroidismo</b><br><input type="checkbox"/> <b>Gravidanza, Allattamento</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Al momento dell'esame il paziente deve essere a digiuno da cibi solidi da almeno 4 ore; è importante essere ben idratati (il paziente può bere acqua). Eventuali terapie in atto, salvo diversa prescrizione, non devono essere sospese.

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

Il medico curante.....  
(timbro e firma leggibile)

## TC CON MEZZO DI CONTRASTO IODATO: INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

La TC è una tecnica diagnostica che, mediante radiazioni ionizzanti (Raggi X), consente di studiare il corpo umano acquisendo immagini in sezione.

In alcuni tipi di esami TC vengono somministrati per via endovenosa mezzi di contrasto a base di Iodio che assorbono i raggi x consentendo di esaltare le differenze fra diversi organi e/o tessuti.

### E' necessario informare sempre il medico prescrittore se:

- si è in **stato di gravidanza** (certa o presunta) o **in allattamento al seno**; il medico valuterà il rapporto rischio/beneficio dell'esecuzione dell'esame (rif. art. 10 D.Lgs 187/2000);
- soffre di malattie ai reni e/o alla tiroide;
- è in terapia dialitica;
- si è diabetici e si assume **Metformina** (es. Metforal, Glucophage, Metfonorm, ...) in quanto in caso di concomitante insufficienza renale ne può essere raccomandata la sospensione prima dell'esame e la ripresa dopo almeno 48 ore dall'esame;
- **in passato ha sperimentato una reazione di tipo allergico medio-grave ad un mezzo di contrasto; soffre di asma bronchiale sintomatico e/o orticaria e/o angioedema ricorrente; in passato ha avuto grave reazione allergica senza causa scatenante riconoscibile.** Allergie a molluschi, crostacei, pesci o altri alimenti o a farmaci non è da considerare un fattore di rischio;
- ha in programma esami di medicina nucleare con Iodio radioattivo e/o trattamenti ablativi della tiroide con Iodio radioattivo;

### Prima dell'esame:

- **è necessario** seguire un **digiuno** da cibi solidi a partire da 4 ore prima dell'esame; assunzione libera di sola acqua
- **non bisogna sospendere tutti gli altri farmaci assunti salvo diversa prescrizione**

**Il giorno dell'esame**, occorre presentarsi **30 minuti prima dell'appuntamento**. I minorenni devono essere accompagnati da un genitore o da chi ne esercita la responsabilità tutoriale.

### Cosa occorre portare?

- La **richiesta** del medico curante, la **tessera sanitaria**, l'eventuale **tessera di esenzione ticket** ed il **foglio di prenotazione** dell'esame.
- Il **modulo anamnestico per esami con m.d.c. organoiodato per via iniettiva compilato e firmato dal medico curante** (scaricabile dai siti [www.ausl.pr.it](http://www.ausl.pr.it) e [www.ao.pr.it](http://www.ao.pr.it)).
- Tutta la **documentazione sanitaria e gli esami precedenti** inerenti alla problematica clinica in accertamento (RM, TAC, radiografie, ecografie, referti di visite specialistiche, lettera di dimissione da ricovero).
- Il referto dell'esame del sangue relativo al valore della **creatinina** (eseguito non più di 30 giorni prima) come indicato sul modulo anamnestico per esami con m.d.c. organoiodato per vie iniettive.

### Come viene eseguito l'esame?

Dopo l'accettazione allo sportello, viene verificata la completezza della documentazione e fornito, per la compilazione, il **consenso informato**. Alle donne in età fertile viene richiesto di **escludere lo stato di gravidanza**.

Il **mezzo di contrasto**, verrà iniettato per via endovenosa, generalmente nella parte anteriore del gomito. L'iniezione del mezzo di contrasto può far avvertire una **sensazione di calore**.

Il paziente viene posizionato disteso sul lettino TC che si sposta in senso longitudinale all'interno di una struttura ad 'anello' contemporaneamente alla erogazione di un fascio di raggi X. Durante l'esame il paziente riceve le opportune indicazioni dal personale tecnico della radiologia.

**L' esame non è doloroso.**

### Cosa fare dopo l'esame?

Non sono previste controindicazioni alla ripresa delle normali attività.

Si consiglia di **bere abbondante acqua** (almeno 1 litro).

### **Possono verificarsi reazioni avverse dovute al mezzo di contrasto?**

I mezzi di contrasto iodati sono farmaci sicuri anche se **non completamente esenti** da reazioni avverse. E' possibile che durante e/o dopo la somministrazione si verifichino effetti indesiderati legati a **reazioni di tipo allergico** non prevedibili, immediate o tardive.

Le **reazioni immediate** possono essere lievi ( nausea, vomito, dolore nella sede di iniezione); moderate (respirazione difficoltosa, ipotensione, aumento dei battiti cardiaci). Le reazioni gravi, cioè in grado di mettere a rischio la vita, sono eccezionali: 1 caso su 90.000. **Nel caso in cui si avverta uno di questi sintomi, è necessario riferirlo immediatamente al personale sanitario.**

Le reazioni **ritardate** (da 1 ora dall'iniezione fino a 7 giorni) comportano, più frequentemente, eruzioni cutanee, sindromi simil influenzali, disturbi gastro-intestinali. In questo caso è consigliato rivolgersi al Medico Curante.

La somministrazione di mdc a base di iodio in pazienti con riduzione della funzionalità renale può causare un **danno renale acuto**; per tale ragione prima dell' esame è necessaria la valutazione della funzionalità renale da parte del medico curante.

Durante la somministrazione può, in certe circostanze, verificarsi uno **stravaso sottocutaneo di mdc**, con tumefazione e dolore nella sede di iniezione, generalmente senza esiti clinici significativi.

### **Il referto**

Il referto dovrà essere ritirato presso la struttura erogante secondo le indicazioni fornite il giorno dell'esame.

Per il ritiro può essere **delegata** una persona di fiducia tramite la compilazione di un apposito modulo di delega e la consegna di una copia del suo documento di identità.