



OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

**CONSENSO INFORMATO PER EFFETTUAZIONE  
INDAGINE ECOGRAFICA CON MEZZO DI CONTRASTO**

**Ro5-PS9**

**PAZIENTE** Cognome\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_ Sesso  Maschile  Femminile

**ESAME RICHIESTO**

\_\_\_\_\_

**QUESITO CLINICO**

\_\_\_\_\_

**EVENTUALI MALATTIE CARDICHE** (barrare se presente)

- Malattia Cardiaca Coronarica (Infarto del miocardio)
- Angina Instabile
- Insufficienza Cardiaca
- Ipertensione Polmonare

**DA COMPILARE DA PARTE DEL PAZIENTE**

Gentile Signore/a La preghiamo di leggere questa scheda attentamente prima di dare il consenso all'effettuazione dell' esame.

L'indagine richiesta prevede l'utilizzo di mezzo di contrasto per cui è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore, ad esclusione dei farmaci abitualmente assunti che possono essere ingeriti con qualche sorso d'acqua.

**IN COSA CONSISTE QUESTO ESAME**

L'ecografia è una tra le più sicure procedure diagnostiche, è basata sull'utilizzo degli ultrasuoni per visualizzare ed esaminare varie strutture anatomiche. Verrà sottoposto ad un'ecografia del\_\_\_\_\_ con l'utilizzo anche di un mezzo di contrasto (SonoVue) allo scopo di ottenere una diagnosi più sicura della Sua eventuale patologia, permettendo di velocizzare la diagnosi e l'eventuale successivo intervento terapeutico.

**IL MEZZO DI CONTRASTO UTILIZZATO**

*SonoVue* è un mezzo di contrasto per ecografi costituito da una soluzione contenente piccole bollicine che racchiudono al loro interno un gas inerte (esafluoruro di zolfo [SF6]). *SonoVue* è iniettato per via endovenosa, rimane in circolo per un periodo sufficiente a migliorare l'immagine ecografica degli organi

[info@valparmahospital.it](mailto:info@valparmahospital.it) • [www.valparmahospital.it](http://www.valparmahospital.it)

Casa di Cura Val Parma Srl • Via XX Settembre, 22 • 43013 Langhirano (PR) • Tel. 0521.8648  
C.F. e P.iva 00745280347 • Cod. Univoco T04ZHR3 • PEC: [legal@pec.valparmahospital.it](mailto:legal@pec.valparmahospital.it)



OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO

e dei vasi sanguigni esplorati al fine di ottenere avere aggiuntive informazioni diagnostiche. Viene iniettato attraverso un piccolo ago posto a livello di una vena di un braccio. *SonoVue* è utilizzato per indagini radiologiche fin dall'ottobre 2001, ed è stato fino ad ora somministrato a circa 900.000 pazienti. Durante tutto questo periodo solo raramente sono stati riportati casi (circa 0.01%) di reazioni allergiche con sintomi quali eruzioni cutanee, diminuzione della frequenza cardiaca, grave diminuzione della pressione ed in qualche caso perdita di coscienza. Gli eventi segnalati possono essere seri specialmente se si verificano in pazienti con patologia cardiaca grave. Altre reazioni che si possono osservare sono mal di testa (1.3%), reazioni in sede di iniezione (arrossamento, gonfiore, dolore) nausea, dolore toracico, alterazione del gusto, formicolio, sensazione di calore con rossore. La maggior parte di queste reazioni è di lieve entità e si risolve spontaneamente in brevissimo tempo senza conseguenze.

E' PERCIO' IMPORTANTE CHE CI SEGNALI SE Lei è affetto/a da malattia cardiaca coronarica, da insufficienza cardiaca o di grave ipertensione polmonare.

### **CHE COSA DEVO FARE IO E QUANTO TEMPO DURERÀ L'ESAME?**

Se darà il Suo consenso ad effettuare l'esame Lei sarà sottoposta/o ad un'ecografia durante la quale Le sarà iniettato il mezzo di contrasto *SonoVue*. L'intera procedura durerà circa 15 -20 minuti.

### **IL PAZIENTE PUO' CAMBIARE LA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?**

Sì, Lei può fino al momento della somministrazione in vena del mezzo di contrasto esprimere il suo consenso all'effettuazione dell'esame o negarlo. In questo caso il medico utilizzerà, se possibile, altre procedure attualmente disponibili per cercare di chiarire il problema clinico di cui è affetto.

### **CONSENSO INFORMATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame radiologico da eseguire e di esprimere il proprio consenso alla sua effettuazione.

**PER LA DONNA:** Stato di Gravidanza  SI  NO

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente o del Titolare del consenso

Firma del Medico Radiologo

-----

-----

[info@valparmahospital.it](mailto:info@valparmahospital.it) • [www.valparmahospital.it](http://www.valparmahospital.it)

Casa di Cura Val Parma Srl • Via XX Settembre, 22 • 43013 Langhirano (PR) • Tel. 0521.8648  
C.F. e P.iva 00745280347 • Cod. Univoco T04ZHR3 • PEC: [legal@pec.valparmahospital.it](mailto:legal@pec.valparmahospital.it)