

Didas Servizi di Diagnostica Integrata

UOC _____

MODULO TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC)

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE/UTENTE

Codice identificativo paziente (se disponibile)	Cognome _____ Nome _____
	Data di nascita _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Peso _____
	Unità Operativa di provenienza _____
	Esame richiesto _____
	Quesito diagnostico _____

PARTE 1: SCHEDA INFORMATIVA

Gentile utente,

prima di sottoporsi all'esame di Tomografia Assiale Computerizzata (TAC), Le consigliamo di leggere le seguenti note che potranno aiutarla ad affrontare con maggior sicurezza e serenità questo esame.

L'indagine TAC utilizza **radiazioni ionizzanti**, secondo le dosi previste dal Decreto Legislativo 31 luglio 2020, n. 101, i cui rischi sono comunque adeguati ai benefici attesi dalla valutazione diagnostica.

Si sottolinea, inoltre, come l'indagine prescritta può prevedere l'utilizzo di **Mezzi di contrasto iodati** per via venosa. Queste sostanze determinano l'opacizzazione per via vascolare delle strutture anatomiche e ne rendono possibile una più certa identificazione e delimitazione, consentendo una migliore definizione del quadro, sia ai fini diagnostici che terapeutici. Il loro utilizzo può avvenire, a seconda delle necessità diagnostiche, per infusione lenta o per iniezione rapida (cosiddetto a bolo). L'iniezione in bolo determina una sensazione di calore della durata di alcuni secondi.

Presso questa struttura sono utilizzati mezzi di contrasto iodati non ionici di ultima generazione, di utilizzo routinario e sicuro; tuttavia in una minima percentuale dei casi (1-3%) sono possibili reazioni avverse acute, spesso di grado lieve (stravasamento in sede di iniezione, sudorazione, nausea o vomito, secchezza delle fauci, orticaria) o medio (dispnea, broncospasmo, alterazioni pressorie e del ritmo cardiaco, angina, convulsioni, lipotimia); rare, ma possibili, sono le reazioni gravi (edema della glottide, shock anafilattico). Possono avvenire reazioni avverse tardive (dopo 1 ora fino ad una settimana) generalmente di tipo cutaneo (rush, eritema, prurito) ed autolimitanti (www.ESUR.org). Tali eventi maggiori avvengono in modo severo in meno dello 0.04% dei casi.

In caso di **precedenti episodi allergici specifici ai mezzi di contrasto iodati**, si valuterà la necessità di eventuale valutazione allergologica e/o adeguata premedicazione con farmaci antistaminici e/o cortisonici.

Alcune malattie (cardiache, renali, tiroidee, pneumologiche, allergologiche, ematologiche o stati di debilitazione e disidratazione), pur non rappresentando una controindicazione assoluta, possono aumentare il rischio di eventi avversi. Queste malattie rendono quindi necessaria una valutazione preliminare da parte del curante e del medico radiologo circa l'effettiva necessità di eseguire la somministrazione di mezzo di contrasto.

La preghiamo pertanto di segnalare preventivamente al Medico richiedente e al Medico Radiologo tutte le patologie di cui è portatore ed in particolare quelle sopra elencate. È necessario presentarsi il giorno dell'appuntamento con un esame recente (eseguito meno di 90 gg prima della TAC) che attesti il livello di Creatinemia (eGFR).

Se le informazioni riportate in questo foglio le risultassero poco comprensibili o non esaurienti, si può rivolgere al medico Radiologo e al personale del servizio deputato all'esecuzione dell'indagine richiesta, che sono a disposizione per qualsiasi delucidazione.

Prima di sottoporsi all'esame è necessario:

il digiuno non è indispensabile; è preferibile, salvo diversa indicazione (es. esami del tratto gastro-intestinale), essere a digiuno da almeno 2 ore se l'esame deve essere effettuato con mezzo di contrasto;

rimuovere gli oggetti metallici quali fermagli per capelli, occhiali, orologio, orecchini, catenine, piercing, apparecchi per udito, dentiere mobili.

esibire la documentazione clinica, radiologica e strumentale relativa ad accertamenti precedentemente eseguiti ed eventuali lettere di dimissione.

UOC _____

PARTE 2: QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER L'UTILIZZO DEL MEZZO DI CONTRASTO (M.D.C.)			
A CURA DEL MEDICO CURANTE/PRESCRITTORE			
Precedenti somministrazioni di M.D.C.	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	M.D.C. iodato o altre sostanze _____
Precedenti reazioni al M.D.C.	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se si, specificare _____
Eventuali trattamenti farmacologici concomitanti (esclusa premedicazione)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se si, specificare _____
Precedenti reazioni a farmaci:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se si, a quali farmaci _____
Altre forme allergiche (es. Asma)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se si, specificare _____
Eventuali malattie accertate/possibili	<input type="checkbox"/> Insufficienza epatica grave <input type="checkbox"/> Basso ematocrito o anemia falciforme <input type="checkbox"/> Insufficienza renale (VFG < 60 ml/min) <input type="checkbox"/> Creatininemia _____ (mg/dl) e VFG _____ eseguito il/...../..... <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiovascolare grave (FE< 40%) <input type="checkbox"/> Altro _____		
fattori di rischio	Allegare esami di laboratorio e referti diagnostici che definiscono il grado delle condizioni patologiche.		
Farmaci in uso	<input type="checkbox"/> Beta-bloccanti <input type="checkbox"/> Interleukina 2i <input type="checkbox"/> Metformina (se eGFR < 30 ml/min/1.73 m2 va sospesa per due giorni e poi ricontrollata la creatinemia)		
Per le donne in età fertile	Gravidanza presunta o in atto <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Data ultima mestruazione/...../.....		

PARTE 3: ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO	
Dopo essere stato esaurientemente informato/a dal Dott./Dott.ssa _____ sui rischi concernenti l'utilizzo di radiazioni ionizzanti nell'esame TC, e dell'eventuale impiego di mezzo di contrasto per via endovenosa, aver preso visione della nota informativa, ed aver risposto con precisione alle domande del questionario anamnestico Io sottoscritto/a _____	
<input type="checkbox"/> ACCONSENTO all'indagine <input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO all'indagine	
Data/...../..... Firma del paziente/utente * _____	
Io sottoscritto/a _____	
<input type="checkbox"/> ACCONSENTO <input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO	
all'utilizzo dei dati sanitari per scopi di ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico.	
Data/...../..... Firma del paziente/utente * _____	

RISERVATO AL MEDICO CURANTE/PRESCRITTORE	
Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ in base ai dati anamnestici forniti dal paziente ed ai dati clinici attualmente in mio possesso, non si rilevano discrepanze rispetto a quanto dichiarato dal paziente.	
Data/...../..... Firma del curante/prescrittore _____	
RISERVATO AL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME	
Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ conferma che esistono le condizioni per l'esecuzione dell'indagine di TAC	
Data/...../..... Firma _____	

* Firma dell'esercente/i la potestà genitoriale in caso di minore; in caso di assenza di uno dei genitori compilare anche il Modello di autocertificazione dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
 * Firma del curatore o tutore o amministratore di sostegno in caso di incapacità; compilare anche il Modello di autocertificazione autocertificazione della qualità di legale rappresentante