

(*) CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)

SINTESI INFORMATIVA

CHE COS'E'.

La TC è una tecnica diagnostica che utilizza radiazioni ionizzanti e fornisce, rispetto alla radiologia tradizionale, un miglior dettaglio morfologico di tutte le strutture anatomiche. Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso per il possibile rischio di danni al feto.

A COSA SERVE.

E' un'indagine di approfondimento diagnostico che, sulla base d'indicazione clinica, consente di studiare problematiche traumatologiche, oncologiche, infiammatorie e, più in generale, situazioni di urgenza-emergenza di tutti i distretti corporei.

COME SI EFFETTUA.

Il paziente viene posizionato su un lettino che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (*gantry*) al cui interno si trovano la fonte di raggi X ed i dispositivi di rilevazione. I dati di rilevazione ottenuti vengono rielaborati da un computer che li trasforma in immagini del distretto esaminato. Esiste la possibilità di ottenere anche ricostruzioni anatomiche nei tre piani dello spazio. A discrezione del Medico Radiologo e in relazione al tipo di patologia da studiare, può essere necessario somministrare un mezzo di contrasto per via endovenosa che migliora il potere diagnostico della metodica.

COSA PUO' SUCCEDERE- EVENTUALI COMPLICANZE.

Una **funzionalità renale compromessa** è il principale limite all'uso del **mezzo di contrasto organo-iodato**. Per tale motivo a testimonianza di una funzionalità renale non compromessa **può essere richiesto** un valore della **creatininemia recente**. I mezzi di contrasto iodati attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, ma occasionalmente possono dare le seguenti reazioni: *MINORI* come vampate di calore, starnuti, nausea, vomito, orticaria circoscritta, sintomi che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono spontaneamente.

(*) Il presente consenso informato deve necessariamente essere stampato su un unico foglio (A3) fronte / retro

MEDIE O SEVERE come orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari o perdita di coscienza, shock anafilattico, edema della glottide, richiedono di solito terapia medica o l'intervento del rianimatore. In casi del tutto eccezionali, come avviene con molti altri farmaci, i mezzi di contrasto possono causare decesso.

I medici ed il personale della radiologia sono addestrati per curare nel miglior modo possibile queste reazioni nel caso si verificassero.

Esiste la possibilità di reazioni ritardate (entro una settimana), generalmente cutanee lievi, che si risolvono per lo più senza terapia.

E' altresì possibile la comparsa di altri effetti collaterali, più rari, generalmente di lieve-media entità e l'aumento di probabilità di comparsa degli effetti collaterali segnalati, per patologie concomitanti e l'esecuzione di altri trattamenti (farmacologici, chemioterapici, ...).

PREPARAZIONE NECESSARIA-RACCOMANDAZIONI.

Per l'esecuzione di un esame che preveda l'utilizzo del mezzo di contrasto è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore (con l'esclusione dei farmaci abitualmente assunti che possono essere ingeriti o di acqua).

L'assunzione di farmaci a base di **Metformina** (es. Metforal, Glucophage, Metfonorm, etc.) deve essere interrotta da 24 ore prima a 48 ore dopo l'esame (*raccomandazioni ESUR*). I pazienti diabetici devono pertanto consultare il proprio medico curante o lo specialista, ai fini della eventuale sostituzione dei farmaci a base di Metformina con altri farmaci antidiabetici.

In caso di esecuzione di esami con mezzo di contrasto è indispensabile avvertire preventivamente (al momento della prenotazione) di importanti allergie note ed eventuali condizioni asmatiche. Per ottenere la migliore qualità delle immagini e non compromettere il risultato diagnostico, **durante tutto l'esame** è necessario mantenere il massimo grado di **immobilità, respirando regolarmente**.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI Tomografia Computerizzata SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO

Dichiarante

Il/la
sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente in _____ Via _____

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore.....

(2) in qualità di tutore del paziente.....

Informato/a dal Dr. _____

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Tomografia Computerizzata

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto l'indagine proposta

rifiuto l'indagine proposta

Consenso al trattamento delle informazioni cliniche e delle immagini TAC in **forma anonimizzata** per finalità di ricerca scientifica ed epidemiologica e per la messa a punto di strumenti informatici di supporto alla diagnosi e terapia:

Consento il trattamento

Non consento il trattamento

Medico radiologo _____

Eventuale interprete _____

Firma del paziente _____

Data _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI

NO

Firma del paziente _____

Data _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI FINI DELLA PRIVACY

Consenso del paziente al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30 Giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", in vigore il 1° gennaio 2004.

Il paziente autorizza il trattamento dei dati personali forniti in sede di anamnesi al solo scopo di poter verificare da parte del medico responsabile dell'esame diagnostico la presenza di eventuali controindicazioni legate all'esame RM ed alla possibilità di poter somministrare o meno eventuali MDC / sedativi o eseguire particolari procedure di preparazione pre-esame. Si autorizza altresì, a seguito dell'esame, la conservazione da parte della struttura sanitaria dei questionari utilizzati contenenti i propri dati sensibili, prevista ai sensi del DM 2.8.91, i cui dati non potranno però essere utilizzabili per scopi diversi da quelli legati ad eventuali verifiche di merito a carattere medico-legale (effettuate anche a distanza di tempo) relative all'espletamento dell'esame stesso.

Firma del Paziente _____

Data _____

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la *"Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"*.

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Firma del paziente _____

Data _____