

REGIONE CALABRIA

Azienda Ospedaliera di Cosenza

U.O.C. Radiologia – Dr. Casimiro Giannuzzi

U.O.C. Neuroradiologia – Dr. William Auteri

Alla cortese attenzione del medico curante

Caro Collega,

in base alla normativa vigente in merito alla somministrazione dei "Mezzi di contrasto organo-iodati" per via iniettiva sollecitiamo la Tua preziosa collaborazione nell'intento di semplificare la procedura di prenotazione, di ridurre le spese ed i disagi a carico del Paziente, e per limitare al massimo i rischi derivati dalla somministrazione del Mezzi di contrasto organo-iodati durante le procedure diagnostiche. Avvalendoti della approfondita conoscenze delle condizioni fisiche e della clinica del paziente dovrei compilare il semplice questionario allegato che contribuirà a consentire allo specialista radiologo la precisa valutazione delle condizioni del paziente il relazione alla somministrazione del contrasto.

- A) Se l'anamnesi sarà completamente negativa non si renderanno necessari ulteriori accertamenti clinici per la valutazione del paziente a sottoposti all'esame con mezzo di contrasto: sarà sufficiente che il paziente consegni al Radiologo il questionario da Te compilato, presentandosi a digiuno all'appuntamento prefissato per l'effettuazione dell'esame
- B) Nell'evenienza di una importante patologia sarà indispensabile l'approfondimento diagnostico e dovrete prescrivere direttamente gli esami che ci siamo permessi di suggerire: AZOTEMIA, GLICEMIA, CREATININEMIA, PROTIDEMIA ED ELETTRO-FORESIS, ESAME DELL'URINE CON RICERCA DELLA PROTEINA DI BENCE-JONES, ELETTROCARDIOGRAMMA. Esami che il paziente presenterà al radiologo presentandosi a digiuno all'appuntamento prefissato per l'effettuazione dell'esame
- C) Di fronte a sospetto o alla certezza di diatesi allergiche, di intolleranze farmacologiche e soprattutto di ipersensibilità allo iodio (pregresse reazioni allergiche nel corso di somministrazione di mdc) è indispensabile seguire la profilassi delle reazioni secondo lo schema allegato.

REGIONE CALABRIA
Azienda Ospedaliera di Cosenza
U.O.C. Radiologia – Dr. Casimiro Giannuzzi
U.O.C. Neuroradiologia – Dr. William Auteri
Alla cortese attenzione del medico curante

Profilassi alle reazioni avverse da mezzi di contrasto iodati

(G.P. Feltrin - G. De Conti - C. Fitta) (Nota del Ministero della Sanità dal 17/09/97)

Una buona prevenzione di tali reazioni nei pazienti con precedenti episodi noti o manifestazioni allergiche attualmente basata su un pretrattamento :

- **DELTACORTENE** (prednisone) 50 mg con una dose ripetuta eli steroide ogni 6 ore, iniziando 18 ore prima dell'esame;
- **RANITIDINA** 150 mg 8 ore prima dell' esame;
- **CETRIZINA** 10mg una compressa 2 ore prima ed una compressa 4 ore dopo l'esame.

NB. Si consiglia di venire accompagnati dato l'effetto sedativo dei farmaci e conseguenti rischi correlati alla guida.

L'esame radiologico non verrà eseguito qualora il Paziente con anamnesi positiva per reazioni allergiche non risultasse premedicato secondo le prescrizioni sopra specificate.

REGIONE CALABRIA
Azienda Ospedaliera di Cosenza
U.O.C. Radiologia – Dr. Casimiro Giannuzzi
U.O.C. Neuroradiologia – Dr. William Auteri
Alla cortese attenzione del medico curante

Per il/la Sig..... Nato/a il.....

Residente a..... Via..... Telefono.....

Ricoverato..... Paziente ambulatoriale.....

Esame richiesto.....

Motivazione e/o quesito clinico.....

.....
.....
.....
.....
.....

Controindicazioni e fattori di rischio:

- Precedenti reazioni avverse a mezzi di contrasto
- Insufficienza renale o epatica grave
- Insufficienza cardiaca grave
- Diabete, paraproteinemia
- Trattamento in atto con farmaci B-bloccanti, Tiganidi, Interlukina 2
- Atopia

Dall'anamnesi, dall'esame clinico e dagli accertamenti effettuati non sono emersi dati positivi nei confronti delle controindicazioni e dei fattori di rischio noti.

TIRMA E TIMBRO DEL MEDICO CURANTE

INVITO AD ACCERTAMENTO O CONSULENZA CON ANESTESIA

N.B. : Qualora dall'anamnesi risultino precedenti reazioni avverse dopo l'utilizzo di mezzi di contrasto il Curante deve preventivamente consultarsi con il medico radiologo per una consulenza preventiva con l'Anestesista.

REGIONE CALABRIA

Azienda Ospedaliera di Cosenza

U.O.C. Radiologia – Dr. Casimiro Giannuzzi

U.O.C. Neuroradiologia – Dr. William Auteri

Alla cortese attenzione del medico curante

CONSENSO INFORMATO

Il medico che La segue, ha ritenuto opportuno proporLe di sottoporsi ad un esame radiologico con mezzo di contrasto.....

La si informa che con questo esame che utilizza i raggi X si indaga per inquadrare il Suo problema clinico e trattarlo con la terapia più opportuna.

Per effettuare l'esame è necessario l'utilizzo di un mezzo di contrasto, ossia un liquido opaco ai raggi X, che verrà eliminato dai reni e che si inietta in vena prima di eseguire le radiografie.

I mezzi di contrasto attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri e sono stati somministrati a milioni di pazienti, ma occasionalmente possono dare dei problemi.

I tipi di reazione che si manifestano in casi sporadici sono:

Reazioni minori, come starnuti o nausea. Queste reazioni non richiedono alcuna terapia e la probabilità che esse si verifichino è circa di 1 caso su 100 pazienti (1%).

Reazioni severe: queste reazioni richiedono di solito una terapia medica e comprendono, ad esempio: difficoltà respiratorie, reazioni allergiche, shock, battiti cardiaci irregolari, convulsioni o perdita di coscienza. La probabilità che si verifichi una reazione di questo tipo è di circa 1 su 6.000 pazienti (0.017%). Assai raramente, come succede con molti farmaci, i mezzi di contrasto possono causare il decesso; la probabilità che ciò avvenga è di circa 1 caso su 10 pazienti (0.001%).

Il/La sottoscritt.....(nome).....(cognome).....

Nat...a.....Prov.di(.....)

Il.....residente a Prov.di(.....)

In via/p.zza.....Tel.....

DICHIARA

di essere stato/a informato/a esaurientemente ed in modo comprensibile sull'indicazione clinica, l'utilità e le modalità di realizzazione dell'esame radiologico da eseguire

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere stato/a informato/a degli eventuali rischi e complicanze/effetti collaterali e secondari (reazioni inattese avverse) che possono derivare dall'uso del "mezzo di contrasto", di aver ricevuto risposta ai quesiti posti, anche su eventuali possibili esami alternativi, e di essere ampiamente soddisfatto/a dei chiarimenti ricevuti dal

Dott.....dichiara infine di esprimere il proprio consenso alla effettuazione dell'indagine radiologica.

In fede Data.....

(firma del Paziente).....

(firma del MEDICO RADIOLOGO).....

(firma del T.S.R.M./INF. PROF.).....