

Poliambulatorio Statuto
Via Alessandro Manzoni 0 • 10122 Torino
Via Saluzzo 50 • 10125 Torino
Piazzale Piero Vietti 1 • 10074 Lanzo Torinese (TO)
Via Ivrea 3/A • 10098 Rivoli (TO)

Per informazioni e prenotazioni
• Telefono: 011 548944 • 011 5695739 • 0123 416090
• Sito web: kormed.it
• Email: accettazione.statuto@kormed.it

Questionario obbligatorio per l'esecuzione di TC (Tomografia Computerizzata)

Informazioni relative all'esecuzione di esami con radiazioni ionizzanti, senza/con somministrazione di mezzo di contrasto iodato

Gentile Signore/a,

il Medico Le ha prescritto un esame che utilizza raggi X (radiazioni ionizzanti) e che potrebbe prevedere la somministrazione del mezzo di contrasto.

La preghiamo di voler leggere con attenzione questo modulo nel quale vengono fornite le informazioni circa le modalità di esecuzione dell'esame, affinché Lei sia in grado di manifestare il suo consenso informato.

Qualora non tutte le informazioni risultassero chiare o esaurienti potrà chiedere ulteriori delucidazioni al Suo Medico Curante o al Medico Radiologo, prima dell'esecuzione dell'indagine.

Radiazioni ionizzanti

I raggi X (radiazioni ionizzanti) permettono di studiare diverse strutture anatomiche non visibili dall'esterno (ad esempio ossa, polmoni, organi addominali, ...). Tuttavia l'esposizione ai raggi X può causare un danno biologico ai tessuti irradiati, pertanto non si tratta di una metodica completamente priva di rischio. Sarà nostra cura far sì che la dose di radiazioni sia ridotta al minimo.

La giustificazione di sottoporla all'esame radiologico richiesto si basa sulla consapevolezza dell'utilità di questa indagine per la Sua salute, ovvero del beneficio di una diagnosi accurata non ottenibile con altre metodiche, rispetto ai rischi potenziali dovuti all'irradiazione, come valutato dal Medico Prescrivente e dal Medico Radiologo. È importante presentarsi con tutta la documentazione clinica di cui si è in possesso (esami precedenti, cartelle cliniche, etc.), per evitare indagini inutili, per effettuare l'esame in modo ottimale e per permettere al Medico Radiologo di fornire, al Medico Inviante, la risposta più appropriata al Suo attuale problema clinico.

Gravidanza certa o sospetta

Gentile Signora, se sa di aspettare un bambino o ha il dubbio che ciò sia possibile o non può escluderlo con sicurezza: **AVVERTA IMMEDIATAMENTE IL PERSONALE!**

In questo caso deve essere posta la massima attenzione possibile, dato che il feto ha un rischio maggiore di possibili danni da raggi X, soprattutto nelle prime settimane di gravidanza, quando i vari organi si stanno formando e sono più sensibili alle radiazioni.

Nei casi di gravidanza certa o sospetta sarà effettuata una rivalutazione accurata delle indicazioni all'esame e dell'entità dell'irradiazione, valutando, se possibile, la possibilità di effettuare un'indagine alternativa senza raggi X o applicando particolari precauzioni nell'esecuzione dell'esame stesso.

Mezzo Di Contrasto

Lei dovrà sottoporsi ad un'indagine radiologica per la quale potrebbe essere prevista la somministrazione, endovenosa o orale, di una sostanza chiamata "mezzo di contrasto".

Questo esame viene effettuato utilizzando raggi X, ma per ottenere tutte le informazioni utili alla diagnosi, nel suo caso, e estremamente utile somministrare i mezzi di contrasto (m.d.c.), che contengono iodio e permettono di riconoscere con maggiore chiarezza sia strutture normali (vasi arteriosi e venosi, ...) sia eventuali processi patologici.

Attenzione

La somministrazione di m.d.c., così come di qualsiasi farmaco, presenta dei rischi che Lei deve preventivamente conoscere:

tossicità generale: i m.d.c. possono interferire con la funzionalità del fegato, dell'apparato cardiovascolare e soprattutto dei reni; reali problemi possono insorgere solo se questi organi sono già malati. Le chiediamo pertanto di comunicarlo prima dell'esame e di portare con sé la relativa documentazione medica e i risultati delle analisi precedentemente eseguite; il Medico Radiologo li valuterà prima di eseguire l'indagine.

reazioni avverse: sono legate ad un'intolleranza individuale alla sostanza e sono del tutto imprevedibili. Vengono classificate come:

- lievi: nausea, vomito, prurito;
- moderate: vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo;
- severe: shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-circolatorio.

Le prime non sono rare e vengono risolte con semplici provvedimenti terapeutici. Le forme severe sono del tutto eccezionali (1 caso ogni 150-200 mila esami); in questa Struttura Sanitaria sono disponibili tutti gli strumenti per affrontarle nel miglior modo possibile. Le forme lievi e moderate possono presentarsi anche tardivamente (da un'ora a una settimana): in tale evenienza si consiglia di rivolgersi al proprio Medico Curante o di contattare il Pronto Soccorso.

La somministrazione di m.d.c. è indispensabile per numerose tipologie d'indagine, mentre per altre può risultare utile, ma non indispensabile. L'uso del m.d.c. è stabilito dal Medico Radiologo in corso d'esame.

Nel caso Lei NON acconsenta alla somministrazione del m.d.c., il Medico Radiologo, che è tenuto per legge a verificare l'appropriatezza degli esami che comportano l'irradiazione del Paziente, si riserva la decisione sull'utilità o meno di eseguire l'esame senza m.d.c., in base al particolare quesito clinico, fornendoLe le opportune delucidazioni.

Riferimenti Bibliografici

Regione Piemonte ATTO DD 71/A1413C/2021 DEL 21/01/2021 (Allegato_B_CONSENSI_30_12_2020.docx)

M0911-08 Rev. 6 di giu-25

Scopri la rete di servizi completa su
kormed.it

Parte del Gruppo | **clariane**

Poliambulatorio Statuto

Via Alessandro Manzoni 0 • 10122 Torino
 Via Saluzzo 50 • 10125 Torino
 Piazzale Piero Vietti 1 • 10074 Lanzo Torinese (TO)
 Via Ivrea 3/A • 10098 Rivoli (TO)

Per informazioni e prenotazioni

- Telefono: 011 548944 • 011 5695739 • 0123 416090
- Sito web: kormed.it
- Email: accettazione.statuto@kormed.it

Cognome.....Nome.....

Data e luogo di nascitaPeso Kg

Nella sua qualità di:

- Soggetto che deve essere sottoposto all'esame
- Quale genitore del minore....., nato il, e autocertifica, ai sensi del DPR 8/12/2000 n.445, che l'altro genitore è a conoscenza della somministrazione dell'esame medico al minore sì no
- Quale tutore/curatore di.....nato.....

- Ha sofferto o soffre di malattie del cuore, del fegato o dei reni? SI NO
- Ha avuto in passato manifestazioni allergiche? Se sì, a che cosa? SI NO
- Ha subito interventi chirurgici? Se sì, quali? SI NO

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME TC preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE TC.

Data

Firma del paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale)



FIRMA DEL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ESAMI TC

Sono stato informato che è stata posta l'indicazione all'esecuzione di un Esame TC che utilizza radiazioni ionizzanti senza/con somministrazione di Mezzo di Contrasto iodato. A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni fornitemi inerenti i benefici attesi dall'esame e le possibili complicanze ragionevolmente prevedibili; consapevole del mio diritto di rifiutare o sospendere in qualsiasi momento l'esame nonché delle conseguenze derivanti dalla scelta, in piena coscienza acconsento all'esecuzione dell'esame sopra indicato.

Dichiaro inoltre di essere stato pienamente informato dal Dott./Dott.ssa circa i rischi derivanti dalla somministrazione di mezzo di contrasto per via venosa.

A tale scopo do il mio consenso affinché tali preparati mi vengano somministrati, secondo le indicazioni cliniche all'esecuzione dell'esame.

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

Firma del paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale)



EVENTUALE PREMEDICAZIONE SÌ NO

Io sottoscritto/a.....dichiaro di aver assunto (o aver somministrato al Paziente) la premedicazione antiallergica come da indicazioni.

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

Firma del paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale)

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA (per donne in età fertile) SÌ NO

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

Firma della paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale).....



FIRMA DEL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME

REVOCA CONSENSO

Io sottoscritto/a..... a partire dalle ore.....del giorno.....revoco il consenso all'esecuzione dell'esame sopraindicato, consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale).....

Timbro e firma del Medico Radiologo.....

DICHIARAZIONE MEDICO ANESTESISTA

Io sottoscritto/a Dott./Dott.ssa, Medico Chirurgo specializzato in Anestesia e Rianimazione,

DICHIARO di aver presenziato all'esecuzione dell'esame TC con mezzo di contrasto:

	MDC	Dosaggio	Lotto
<input type="checkbox"/>	IOMERON 350		
<input type="checkbox"/>	ULTRAVIST 370		

del paziente e di averlo assistito durante l'esecuzione dell'esame.

FIRMA DEL MEDICO ANESTESISTA

M0911-08 Rev. 06 di giu-25

