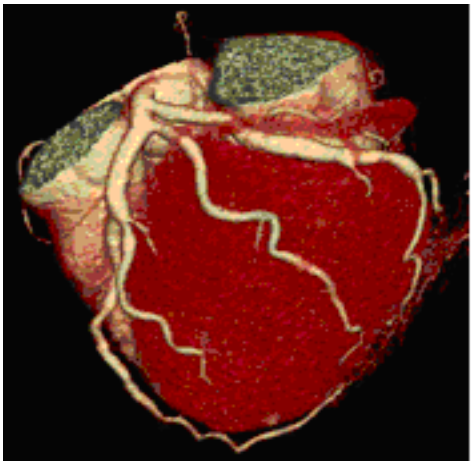
INFORMATIVA CARDIO-TC

Scopo e Descrizione della Procedura



La Cardio-TC è una metodica diagnostica non invasiva che permette in maniera semplice e veloce la dettagliata visualizzazione delle arterie coronariche e delle camere cardiache.
Attualmente è la metodica più accurata nell'individuazione delle anomalie coronariche, responsabili di morte improvvisa in soggetti giovani sportivi. Consente inoltre di identificare placche aterosclerotiche e placche soft condizionanti stenosi o irregolarità delle pareti vasali responsabili dell'ischemia e dell'infarto miocardico acuto, di valutare gli stent coronarici ed i by-pass aorto-coronarici con un imaging bi- e tri-dimensionale e dunque in grado di valutare anche ciò che sta attorno al lume delle coronarie, a differenza del classico esame invasivo coronarografico (angiografia coronarica) che presenta una ridotta panoramicità
Dopo aver tolto gli indumenti dal torace, verrà posizionato su un lettino che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (gantry) nel cui interno si trovano la fonte di raggi X ed i dispositivi di rilevazione. Durante l'esame le verrà iniettato, attraverso un agocanula generalmente posta sull'arto superiore, il Mezzo di Contrasto, ovvero un farmaco che serve a creare un contrasto tra organi e strutture di densità uniforme migliorando il potere diagnostico della metodica.
Viene quindi eseguita un' acquisizione delle immagini della durata di 5-10 secondi. Le immagini sub-millimetriche così ottenute vengono elaborate e ricostruite successivamente, con l' utilizzo di software dedicati. Contestualmente, durante un'unica apnea inspiratoria, si ottiene la valutazione a strato sottile della porzione inferiore del torace.
È possibile effettuare una valutazione del cuore anche in assenza della somministrazione di mezzo di contrasto (calcium score), in questo caso si otterrà soltanto un'analisi quantitativa del carico di calcio coronarico, indice diretto della gravità di aterosclerosi a tale livello.
L'esame ha una durata complessiva variabile, dai 10 ai 20 minuti. Per ottenere una ottimale sincronizzazione con il tracciato ECG, la frequenza cardiaca deve essere compresa fra 60-65 bpm max.
L'esito dell'esame potrà essere ritirato dopo 7 giorni lavorativi

Complicanze e Rischi

La procedura di seguito descritta comporta l'impiego di radiazioni ionizzanti pertanto se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica. Anche in considerazione dei possibili effetti nocivi che le radiazioni possono avere su embrione e feto, risulta sconsigliata in gravidanza: in caso di donna in età fertile con la firma del presente modulo si dichiara di non essere in stato di gravidanza.
Una funzionalità renale compromessa è il principale limite all'uso del mezzo di contrasto organo-iodato, per tale motivo si richiede un valore della creatininemia recente.
I mezzi di contrasto iodati sono prodotti estremamente sicuri, ma occasionalmente possono dare reazioni avverse :

MINORI come vampate di calore, nausea, vomito, orticaria circoscritta, sintomi che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono spontaneamente .

*MEDIE O SEVERE :o*rticaria 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 e 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 senza terapia.

I rischi sotto elencati non controindicano l'uso del MdC, ma consentono di programmare l'esame nella maniera più idonea.

- precedenti reazioni avverse a MDC a base di iodio ☐ SÌ ☐ NO
- anafilassi idiopatica
- mastocistosi
- angioedema ricorrente in atto
- orticaria in atto
- asma bronchiale non controllato da terapia, ovvero nelle ultime 4 settimane ha avuto:
  - sintomi più di 2 volte/settimana? ☐ SÌ ☐ NO
  - ogni notte si sveglia per l'asma? ☐ SÌ ☐ NO
  - ha utilizzato il salbutamolo (Ventolin/Broncovaleas) più di 2 volte/settimana? ☐ SÌ ☐ NO
  - ha avuto limitazioni dell'attività a causa dell'asma? ☐ SÌ ☐ NO
  -

CREATININEMIA..... PESO KG.....

Data.....

Io sottoscritto/a Dr./Dr.ssa……

Firma del Medico……

ritengo indicata l'indagine prescritta per il/la Sig. Sig.ra ……

L'alternativa all'esecuzione della Cardio-Tac è la Coronarografia che però essendo un esame invasivo non è esente da complicanze.

Io sottoscritto/a_____

Etichetta

Data e luogo di nascita_____

nel caso di paziente minorenne: □ i genitori □ il genitore esercente la responsabilità genitoriale* □ il rappresentante legale

nome e cognome del padre/della madre/rappresentante legale_____
luogo e data di nascita _____

nome e cognome del padre/della madre_____
luogo e data di nascita _____

nel caso di paziente interdetto o posto in amministrazione di sostegno:
□ il tutore* □ l'amministratore di sostegno*/**

nome e cognome _____
luogo e data di nascita _____

*consapevole delle responsabilità penali in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci (art. 76 DPR 445/2000)
** *Nel caso in cui nel decreto di nomina sia prevista la rappresentanza esclusiva, in ambito sanitario, da parte dell'amministratore di sostegno, il consenso informato è espresso o rifiutato solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere. Nel caso in cui, invece, nel decreto di nomina, sia prevista l'assistenza necessaria in ambito sanitario, da parte dell'amministratore di sostegno, il consenso informato è espresso o rifiutato anche da quest'ultimo, oltre che dal paziente.*
N.B. In entrambi i casi descritti, il decreto di nomina dell'amministratore di sostegno deve essere allegato al presente modulo..

a seguito del colloquio intercorso con il/la Dott./Dott.ssa_____

dichiaro di essere stato/a adeguatamente informato/a riguardo:

- il sospetto diagnostico di/la patologia da cui sono affetto/a: _____
- la procedura diagnostica/terapeutica di:_____

Pertanto,

□ **acconsento** □ **non acconsento**

a sottopormi alla procedura indicata, consapevole che il consenso può essere revocato in qualunque momento.

Il_____ Firma paziente_____

Firma padre/madre_____ Firma padre/madre_____

Firma rappresentante legale_____

Firma Tutore/Amministratore di Sostegno_____

Firma e Timbro del Medico_____

Firma per ricevuta del materiale informativo_____

Consenso revocato in data_____Firma interessato_____

Firma e Timbro del Medico_____