TAC CON MDC

Scopo e Descrizione della Procedura

La tomografia assiale computerizzata (TC o TAC) è una tecnica diagnostica che utilizza radiazioni ionizzanti e fornisce, rispetto alla radiologia tradizionale, un miglior dettaglio morfologico di tutte le struttura anatomiche.
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.

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.
Il mezzi di contrasto che le verrà somministrato è un farmaco che serve a creare un contrasto tra organi e strutture di densità uniforme migliorando il potere diagnostico della metodica.
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 ….....

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_____