

Struttura Complessa di Radiologia e Neuroradiologia Pediatrica
Direttore: Dr. Andrea Righini

NORME E INDICAZIONI DA SEGUIRE PER I PAZIENTI CHE ESEGUONO ESAME DI TAC IN SEDAZIONE IN REGIME AMBULATORIALE

Signori Genitori,

per eseguire la TAC in sedazione in regime ambulatoriale (ovvero senza ricoverare il bambino), è necessario osservare diverse indicazioni che di seguito elenchiamo:

- Il bambino deve avere età superiore all'anno
- Non deve essere affetto da grave malattia
- Dopo l'esame il bambino dovrà essere ricondotto al domicilio in automobile, con l'accompagnamento di DUE adulti (uno guida e l'altro accudisce il bambino)
- Il bambino dovrà trascorrere la notte successiva all'esame in locali confortevoli, situati a distanza dai quali l'Ospedale possa essere facilmente raggiungibile
- Non deve essere affetto da: INFLUENZA, TOSSE, CATARRO, RAFFREDDORE, DIARREA, VOMITO, FEBBRE.

E' necessario inoltre portare con sé:

1. Richiesta del proprio medico curante, con quesito clinico e precisa indicazione dell'esame richiesto (tipo di esame, distretto corporeo, mezzo di contrasto)
2. Risultati dei seguenti accertamenti (effettuabili dietro richiesta del Medico curante)
 - Elettrocardiogramma
 - Emocromo
 - Glicemia, Azotemia, elettroliti plasmatici, CPK
 - Creatininemia, elettroforesi sieroproteica con tracciato

Questi esami hanno validità di un mese dalla data programmata per l'esame
Il paziente dovrà rigorosamente osservare le seguenti norme di digiuno:

Allegato 1

DIGIUNO:

- cibi solidi e latte fino alla mezzanotte;
- acqua, tè o camomilla zuccherata fino alle ore 6;

latte materno fino a 4 ore prima dell'esame.

Gli eventuali farmaci normalmente assunti dal bambino **NON DOVRANNO ESSERE INTERROTTI**.

La valutazione, da parte dell'Anestesista, avverrà la mattina stessa, prima dell'esame.

Cio' significa che, se verranno evidenziate delle controindicazioni alla sedazione, l'esame stesso **NON** potrà essere effettuato. In questo caso l'esame potrà essere riprogrammato in regime di ricovero o cancellato. Anche se ciò potrà risultare spiacevole o arrecare disturbo, è necessario considerare che avviene nell'esclusivo interesse del bambino.

Dopo l'esame, il bambino verrà trattenuto per alcune ore, fino al completo risveglio, prima della dimissione. Se la dimissione risulterà impossibile, il paziente verrà ricoverato, in ambiente idoneo alla sua patologia all'interno dell'Ospedale.

Il Consenso Informato dei minori dovrà essere firmato da entrambi i genitori.

Se uno dei due non potesse essere presente, è possibile delegare l'altro, con modulo allegato, correlato da copia del documento di identità in corso di validità.

Prima della dimissione sarà necessario firmare un modulo (in doppia copia), nel quale i genitori si impegnano a osservare le indicazioni dell'Anestesista.

Ringraziando per la collaborazione, porgiamo distinti saluti

Milano, li _____

I sottoscritti genitori di _____

nato a _____

il _____

SOTTOSCRIVONO E SI IMPEGNANO A OSSERVARE LE SEGUENTI INDICAZIONI:

1. Il paziente verrà condotto a casa in automobile accompagnato da DUE adulti (uno guida, l'altro sorveglia il Bambino)
2. Durante la restante parte del giorno e per tutta la notte seguente il paziente riposerà in ambienti adeguati, situati a ragionevole distanza dall'Ospedale Buzzi, sotto la continua osservazione dei genitori
3. Verranno scrupolosamente osservate le norme di alimentazione e di ripresa delle terapie
4. In caso di complicanze o problemi, insorti a casa dopo l'esame, contattare telefonicamente il Pronto Soccorso dell'Ospedale (tel 02157995363)

COGNOME E NOME _____ Firma _____

COGNOME E NOME _____ Firma _____



Allegato 2

Io sottoscritto/a _____ essendo
impossibilitato/a a presenziare all'esame di TAC con m.d.c. in sedazione di mio figlio/a,
il minore _____
Delego al/alla mio/a coniuge ogni decisione riguardante il trattamento anestesiológico e
l'esecuzione dell'esame stesso.

Data

firma

(allegare la fotocopia della carta di identità del genitore delegante)

  <p>RADIOLOGIA NEURORADIOLOGIA PEDIATRICA</p>	FOGLIO INFORMATIVO SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI MEZZI DI CONTRASTO ORGANO-IODATI	Rev. 0	Pag. 1 di 1
		PBU-RNP-FI-004	

Gent.le Sig./Sig.ra, Le è stato richiesto/a un/a esame/procedura radiologico/a con somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto organo-iodato (MdC e.v.). Le forniamo di seguito alcune informazioni sui mezzi di contrasto organo-iodati per uso endovenoso attualmente somministrati nella nostra Struttura. Prima dell'esecuzione dell'esame, Le verrà chiesto di firmare l'allegato apposito modulo Aziendale di Consenso Informato insieme al medico Radiologo che effettuerà l'esame, a Sua disposizione per qualsiasi chiarimento. Nel caso di minori tale modulo dovrà essere firmato da entrambi i genitori o da un unico genitore con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà su modulo apposito.

SCOPO DELLA SOMMINISTRAZIONE DI MdC e.v.: I MdC sono liquidi che, iniettati nel sistema vascolare attraverso ago cannula/catetere, servono ad opacizzare organi e vasi, fornendo informazioni diagnostiche altrimenti non ottenibili.

CONTROINDICAZIONI/FATTORI DI RISCHIO

- **L'insufficienza renale cronica**, specie se associata ad altre condizioni (tra cui le cardiopatie gravi, l'età avanzata, alcune terapie farmacologiche croniche) predispone all'insufficienza renale acuta da MdC. Il diabete mellito in trattamento con antidiabetici orali a base di metformina, associato ad alterata funzionalità renale, costituisce un rischio aggiuntivo. Il rischio di sviluppare insufficienza renale da MdC può essere ridotto attuando adeguata profilassi come successivamente specificato.

- **Le condizioni allergiche** predispongono alla comparsa di reazioni avverse da MdC di tipo allergico. In caso di **allergie di grado lieve/moderato** è indicato attuare una profilassi farmacologica come successivamente specificato. Se invece Lei fosse andato/a incontro a **reazioni allergiche gravi** (es: shock anafilattico) da precedente iniezione di MdC e.v. o per altri fattori, la somministrazione di MdC e.v. è **generalmente controindicata**, effettuabile solo in caso di assoluta necessità. In tali casi è **indispensabile** che Lei, o il Suo medico Curante/Prescrittore, contatti un medico Radiologo del Servizio dove ha prenotato l'esame, che sarà a disposizione per qualsiasi chiarimento, Le indicherà eventuali indagini alternative e, nel caso di assoluta necessità all'iniezione di MdC e.v., La invierà da Specialista Anestesista per parere.

MODALITA' DI PREPARAZIONE

Al momento dell'esecuzione dell'esame: presentare esame di **CREATININEMIA** eseguita nell'ultimo mese. E' necessario il digiuno, eccetto che per l'acqua, da almeno 6 ore. Assuma regolarmente ogni abituale terapia. E' opportuna un' adeguata idratazione per via orale il giorno precedente l'esame (beva almeno 1 litro di acqua). E' opportuna anche la sospensione dell'allattamento al seno da prima dell'esame sino alle 24 ore successive. Prima dell'esame le verrà posizionato un agocannula, mediante puntura di vaso periferico (generalmente di una vena del braccio per gli esami TC). L'iniezione del MdC avviene di solito tramite iniettore automatico.

1) Nel caso in cui il valore di **Creatininemia** risultasse francamente alterato o in caso di dubbi sul risultato, La preghiamo di rivolgersi al Suo Medico Curante/Prescrittore con l'allegato Modulo: PBU-RNP-MS-003 per la terapia preventiva della nefropatia da contrasto **valido per Pazienti Adulti (= > 18 anni). Per i Minori (età inferiore a 18 anni) è necessario rivolgersi al pediatra di riferimento.**

2) Nel caso Lei fosse un paziente **allergico** perché affetto da: **a)** precedenti reazioni allergiche di grado lieve/moderato in seguito a somministrazione e.v. di MdC (orticaria limitata o diffusa, lieve-moderata ipotensione, lieve-moderato broncospasmo, tosse); **b)** precedenti reazioni allergiche di grado moderato/severo ad altre sostanze; **c)** asma bronchiale; **d)** condizioni allergiche in trattamento cronico (es: rinite allergica); **e)** predisposizione allergica con multiple allergie a diverse sostanze: **E' consigliabile** che la somministrazione e.v. di MdC sia preceduta da adeguata preparazione farmacologica definita nel modulo allegato: PBU-RNP-MS-004 per **ADULTI** e modulo PBU-RNP-MS-005 per **MINORI**, da presentare al Suo medico Curante/Prescrittore.

Nei casi **1 e 2** sopradescritti, il giorno dell'appuntamento Si presenti in Radiologia con la modulistica indicata compilata e firmata dal medico curante/prescrittore per quanto di Sua competenza.

COMPLICANZE/EFFETTI COLLATERALI

Presso il nostro Servizio di Radiologia sono in uso soltanto MdC organo-iodati di tipo non ionico, che presentano un minor rischio di reazioni avverse rispetto a quelli usati in passato (prima del 1990). Durante l'iniezione potrà avvertire senso di calore e un breve e transitorio aumento del battito cardiaco, senza conseguenze. In corso di iniezione, si può verificare stravasamento di MdC nei tessuti molli circostanti l'agocannula, con conseguente bruciore e/o arrossamento e gonfiore locale. Tali disturbi regrediscono in qualche giorno, mediante trattamento locale.

- I MdC organo-iodati hanno un effetto tossico/di sovraccarico sui reni. L'insufficienza renale acuta dopo somministrazione di MdC si manifesta generalmente in presenza di compromissione della funzionalità renale basale e delle condizioni di circolo. L'insufficienza renale da MdC è molto rara in pazienti con normale funzione d'organo.

- I MdC organo-iodati possono scatenare reazioni avverse immediate/precoci, di tipo allergico/pseudo allergico. La loro insorgenza è imprevedibile. In base alla gravità, vengono classificate in: **Effetti indesiderati** come : nausea, vomito, gusto alterato, sudorazione, calore, vampate, ansia; **Effetti collaterali lievi** (frequenza intorno al 5%): prurito, eruzioni cutanee, tosse, congestione nasale, lieve gonfiore oculare e facciale; **Effetti collaterali moderati** (frequenza < 2%): difficoltà respiratoria, broncospasmo, lieve edema laringeo, tachicardia o bradicardia sintomatica, ipotensione, ipertensione; **Effetti collaterali severi** (0,04%): perdita di coscienza, convulsioni, aritmie, arresto cardiorespiratorio. In casi del tutto eccezionali si può verificare pericolo per la vita: **la reazione letale è estremamente rara.**

Presso il nostro Ospedale sono predisposte le misure idonee a gestire tempestivamente ogni eventuale complicanza.

- Sono possibili **reazioni pseudoallergiche ritardate** (frequenza 2-4%), da 1 ora fino a 7 giorni dopo la somministrazione di MdC e.v. Sono per lo più reazioni cutanee di tipo orticarioide, sindromi similinfluenzali, disturbi gastrointestinali, dolori agli arti. Si risolvono generalmente in 1-7 giorni. Se ciò dovesse verificarsi Si rivolga al proprio medico Curante.

INDICAZIONI PER IL FOLLOW-UP: Dopo la somministrazione di MdC e.v., è previsto un periodo di osservazione presso la nostra Struttura di circa 20 minuti. **INDAGINI ALTERNATIVE:** Dipendono dal quesito diagnostico formulato e dal distretto corporeo da studiare. Ne può discutere con il medico Radiologo. **CONSEGUENZE DI UN EVENTUALE RIFIUTO:** Desideriamo informarLa che un Suo rifiuto all'esecuzione dell'esame potrà comportare un ritardo o un mancato raggiungimento di una corretta diagnosi.

Note (eventuali personalizzazioni relative ad aumento di rischio per comorbidità, variazioni di procedura):
