



**ORDINE DI MALTA  
ITALIA**

ASSOCIAZIONE DEI CAVALIERI ITALIANI

**DIAGNOSTICA PER IMMAGINI e  
RADIOLOGIA INTERVENTISTICA  
RESPONSABILE**

**F.F. Dott.ssa Maria Letizia Mariani**

## **CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) SINTESI INFORMATIVA**

### **CHE COS'E'**

La TC è una tecnica diagnostica che utilizza radiazioni ionizzanti e fornisce, rispetto alla radiologia tradizionale, un miglior dettaglio morfologico di tutte le strutture anatomiche.

Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso per il possibile rischio di danni al feto.

### **A COSA SERVE**

E' un'indagine di approfondimento diagnostico che sulla base d'indicazione clinica consente di studiare problematiche traumatologiche, oncologiche, infiammatorie e, più in generale, situazioni di urgenza-emergenza di tutti i distretti corporei. L'indagine TC non è sostitutiva di altre metodiche (RMN ecc)

### **COME SI EFFETTUA**

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.

A discrezione del Medico Radiologo e in relazione al tipo di patologia da studiare, può essere necessario somministrare un mezzo di contrasto per via endovenosa che migliora il potere diagnostico della metodica.

Le articolazioni possono essere studiate in alcuni casi con artroTC che prevede l'introduzione intrarticolare di mdc.

### **COSA PUO' SUCCEDERE- EVENTUALI COMPLICANZE**

Una funzionalità renale compromessa è il principale limite all'uso del mezzo di contrasto organo- iodato. Per tale motivo a testimonianza di una funzionalità renale non compromessa è necessario un valore della creatinemia recente; in caso di valori elevati della stessa non sarà possibile effettuare l'esame con il Mezzo di Contrasto organo- iodato

I mezzi di contrasto iodati attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, ma occasionalmente possono dare le seguenti reazioni:

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

**MEDIE O SEVERE** come orticaria 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 ed 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 per lo più senza terapia.

E' altresì possibile la comparsa di altri effetti collaterali, più rari, generalmente di lieve-media entità e l'aumento di probabilità di comparsa degli effetti collaterali segnalati, per patologie concomitanti e l'esecuzione di altri trattamenti (farmacologici, chemioterapici,...).

Durante l'infusione di Mezzo di Contrasto (Mdc) vi è la possibilità che, per cause anatomiche o fragilità della vena, si possa verificare la rottura del vaso (0,5% dei casi), con conseguente stravasamento del Mezzo di Contrasto (Mdc): in questo caso la tumefazione viene trattata con farmaci per uso topico, eventualmente da proseguire a domicilio e nei casi più gravi può essere necessario sottoporsi alle cure del pronto soccorso nelle 24-48 ore successive.

### **PREPARAZIONE NECESSARIA –RACCOMANDAZIONI**

- Per l'esecuzione di un esame che preveda l'utilizzo del mezzo di contrasto è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore (nota bene: i farmaci che si prendono abitualmente possono essere assunti come da abitudine con o senza acqua).
- In caso di esecuzione di esami con mezzo di contrasto è indispensabile avvertire preventivamente ( al momento della prenotazione) di importanti allergie note, condizioni asmatiche.
- Per ottenere la migliore qualità delle immagini e non compromettere il risultato diagnostico, durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.

**Si fa presente che l'Ospedale non è dotato di Rianimazione, Unità Coronarica, Sale Operatorie, Dialisi e Pronto Soccorso, nè di servizio aperto H 24 di Diagnostica per Immagini e Laboratorio Analisi.**

**Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.**

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO  
INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI  
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO**

**Dichiarante**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_

- (1) in qualità di esercente la potestà sul minore  
.....
- (2) in qualità di tutore del paziente  
.....

**Informato/a dal Prof./Dott.** \_\_\_\_\_

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Tomografia Computerizzata con e /o senza MdC

**Reso/a consapevole:**

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

**Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto dichiaro di essere**

**a digiuno da almeno 6 ore**      **SI**                              **NO**

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

**accetto l'indagine proposta**      **rifiuto l'indagine proposta**

**Medico radiologo** \_\_\_\_\_

Eventuale interprete \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**      **SI**                              **NO**

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_

**POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?**

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso. Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 e successive modifiche concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

**L'esito dell'esame deve essere comunque sottoposto all'attenzione del medico di famiglia/curante, in tempi brevi.**

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_