

NOTA INFORMATIVA SULLA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO (MdC)

Che cosa è: nel corso dell'indagine radiologica richiesta, per poter fornire elementi utili alla diagnosi del suo caso, è consigliata la **somministrazione mediante iniezione in vena di una particolare sostanza, detta Mezzo di Contrasto (MdC)**. I MdC possono essere organoiodati (utilizzati per l'esecuzione della TAC) o contenenti gadolinio (utilizzati per l'esecuzione della RM). La somministrazione del MdC permette di riconoscere con maggiore chiarezza strutture normali (in particolare vie escrettrici urinarie, vasi arteriosi e venosi) ed eventuali processi patologici.

Come si svolge: prima dell'esecuzione dell'esame, viene posizionato l'ago cannula nell'avambraccio attraverso il quale, con infusione o tramite un iniettore, viene somministrato un MdC per via endovenosa. Durante l'iniezione, è normale avvertire una sensazione di calore diffusa.

Controindicazioni: la somministrazione di MdC è controindicata in caso di **allergie note o pregresse al mezzo di contrasto, gravi allergie a farmaci o sostanze, insufficienza renale cronica, e stato di gravidanza**. Dopo la somministrazione di MdC, è sconsigliato sottoporsi nelle 48 ore successive ad una indagine radiologica dell'addome e nei 7 giorni successivi ad un'altra indagine con analogo MdC. Non sono previste controindicazioni alla ripresa delle ordinarie attività. Si consiglia la **sospensione dell'allattamento per le 24 ore successive alla somministrazione**.

Effetti collaterali: come tutti i farmaci, i Mezzi di Contrasto **possono provocare effetti collaterali e reazioni avverse**. Durante l'infusione endovenosa del MdC vi è la possibilità (per cause anatomiche, fragilità della vena, etc.) che si verifichi la **rottura del vaso**, con conseguente stravasamento del MdC nell'area dell'iniezione; in questo caso la tumefazione viene valutata ed eventualmente trattata. È possibile che, durante e dopo la somministrazione del MdC, si verifichino **effetti indesiderati legati a reazioni allergiche**, che possono essere **immediate o tardive** (da 1 ora a 7 giorni dopo la somministrazione). In rapporto al grado di severità, tali reazioni possono essere:

- **Lievi:** nausea, vomito, dolore nella sede di iniezione, rush cutaneo;
- **Moderate:** dispnea, ipotensione, tachicardia;
- **Severe (rischio per la vita):** aritmie, broncospasmo severo, arresto cardiorespiratorio, insufficienza renale acuta.

In questi casi, presso il Centro Medico CSL è **presente personale medico pronto ad intervenire**, tra cui un medico anestesista rianimatore, farmaci e attrezzature idonee all'assistenza del paziente. Le **reazioni tardive** consistono frequentemente in eruzioni cutanee, sindromi similinfluenzali, disturbi gastrointestinali; in questi casi è consigliato **recarsi dal medico curante o in Pronto Soccorso**.

Preparazione: i pazienti **devono sottoporsi preliminarmente al dosaggio della creatinina del sangue e calcolo del filtrato glomerulare (eGFR)**, antecedenti di **non oltre 30 giorni l'esame**. È necessario essere a **digiuno da almeno 6 ore**. Le terapie farmacologiche possono essere abitualmente assunte; in caso di somministrazione di MdC organoiodato per l'esecuzione della TAC, i **pazienti diabetici in terapia con Metormina**, e i **pazienti con insufficienza renale anche lieve in terapia con farmaci nefrotossici (FANS, ACE-inibitori, aminoglicosidi, etc.)** devono consultare il medico curante per modificare eventualmente la terapia in uso prima dell'esame.

Questionario Anamnestico: il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di **controindicazioni** alla somministrazione del MdC o la non pertinenza di specifici approfondimenti. Tale questionario deve essere **attentamente compilato dal paziente** in tutte le sue parti, **poiché per escludere sussistano controindicazioni ed autorizzare la somministrazione del MdC il medico anestesista si avvale delle risposte fornite dal paziente**. La controfirma del paziente a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce anche la sua **piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte falsi o mendaci ai quesiti sottopostigli**.

Centro Sicurezza Lavoro Service s.r.l.

Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Sunago s.r.l.
P.I. e C.F. 05259171006 - S.D.I. 5RUO82D - centrosicurezzaalavoroservice@pec.it

QUESTIONARIO ANAMNESTICO E CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MdC

DATI DEL PAZIENTE

Cognome: _____ Nome: _____
 Data di Nascita: ____/____/____ Luogo di Nascita: _____
 Comune di residenza: _____ Indirizzo: _____
 Telefono: _____ Medico Curante / Prescrittore: _____
 Peso: ____Kg Data analisi: ____/____/____ Creatinina: ____mg/dl eGFR: ____ml/min/1.73m²

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Le sono mai stati somministrati Mezzi di Contrasto?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha avuto precedenti reazioni allergiche a Mezzi di Contrasto?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Precedenti reazioni allergiche ai seguenti farmaci o sostanze: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nelle precedenti reazioni allergiche è stato necessario somministrare farmaci?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È in stato di gravidanza? (ultime mestruazioni avvenute in data ____/____/____)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È affetto dalle seguenti patologie o condizioni di salute?	
• Asma bronchiale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Orticaria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Insufficienza renale o funzionalità renale ridotta	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Terapia in emodialisi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Angioedema ricorrente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Mastocitosi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Disidratazione o uso cronico di farmaci diuretici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Mieloma multiplo, amiloidosi o malattia di Waldenstrom	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Diabete mellito	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Ipertiroidismo grave	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Insufficienza epatica severa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Insufficienza cardiaca	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Paziente monorene o storia di chirurgia renale maggiore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
• Nefropatie/proteinuria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MdC (compilazione a cura del personale medico)

Considerati i valori di dosaggio della creatinina e del calcolo del filtrato glomerulare, preso atto delle risposte fornite dal paziente nel questionario anamnestico ed espletata l'eventuale visita medica, il paziente è ritenuto idoneo alla somministrazione del Mezzo di Contrasto.

Data: _____ Firma del Medico Anestesista: _____ Firma del Medico Radiologo: _____

_____/_____/_____

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO

Il sottoscritto _____ conferma di essere stato adeguatamente informato su rischi, controindicazioni ed effetti collaterali e, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente alla somministrazione del Mezzo di Contrasto per l'esecuzione dell'esame diagnostico.

Data: _____ *in qualità di:* _____ Firma: _____

paziente accompagnatore

genitore tutore / rapp. legale _____

_____/_____/_____