

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	INFORMATIVA E CONSENSO MEZZO DI CONTRASTO PARAMAGNETICO	AST_RAD_502_Ed04 Approvazione: Direttore Dipartimento Tecnologie Avanzate Diagnostico Terapeutiche Data di Emissione: 23.01.2024
--	---	--

INFORMATIVA

1. CHE COSA È

In relazione al tipo di patologia da studiare il medico radiologo decide se è necessario somministrare un "mezzo di contrasto" (mdc). Il mdc viene introdotto per via endovenosa in quantità variabile a seconda del tipo di studio da effettuare solitamente in una vena del braccio.

2. COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

La somministrazione di mezzo di contrasto è in genere ben tollerata. Normalmente il fastidio di tale indagine si limita al posizionamento dell'ago-cannula nella vena.

L'impiego del mdc paramagnetico nelle donne in gravidanza richiede l'attenta valutazione del rapporto rischio/ beneficio: l'eventuale stato di gravidanza deve essere preventivamente comunicato al medico responsabile dell'esame. È opportuno comunicare anche l'eventuale fase di allattamento del proprio figlio per concordarne le eventuali modalità e tempi di interruzione.

Le principali complicanze sono:

a) *Reazione allergica al mezzo di contrasto**

I mezzi di contrasto paramagnetici attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, ma occasionalmente possono provocare alcune reazioni avverse che vengono classificate come:

- **Lievi** (circa 1 caso ogni 100) come nausea, vomito, prurito, sintomi che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono spontaneamente.
- **Severe** (circa 1 caso ogni 10.000) come difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari, convulsioni o perdita di coscienza. Queste reazioni richiedono di solito una terapia appropriata ed eventualmente il ricovero.
- **Shock anafilattico** (probabilità più teorica che reale, circa 1 caso ogni 5.000.000). Assai raramente, come succede con molti farmaci, i mezzi di contrasto possono causare il decesso.

b) *Fibrosi Nefrogenica Sistemica (FSN)***

Esiste un rischio specifico, legato alla somministrazione di mdc paramagnetico nei pazienti affetti da insufficienza renale grave (GFR<30) o sottoposti a dialisi, di sviluppare una patologia rara (la *Fibrosi Nefrogenica Sistemica*) caratterizzata da ispessimento della cute e dei tessuti connettivi, che interessa soprattutto gli arti con possibilità di inabilità permanente fino al decesso. Per questo motivo è necessario effettuare preventivamente il dosaggio della creatinina nel sangue.

NOTE: *(Circolare del Ministero della Sanità 900.VI/11.AG. /642 del 17.9.97)

** (Xagena 2003) Fonte: UCSF (University of California San Francisco)

3. PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

- Esami del sangue - **creatininemia** - recenti (entro i 2 mesi precedenti all'esame) da portare in visione
- **digiuno** da cibo da almeno 6 ore (preferibile); è possibile bere acqua moderatamente (*si possono comunque assumere i farmaci abituali*)
- portare tutta la documentazione clinica e gli **esami diagnostici precedenti**

In caso di pregresse reazioni allergiche al mdc o in caso di valori di creatininemia alterati occorre prendere contatti con i medici dell'UO di Radiologia ai contatti sottoindicati per mettere in atto gli opportuni protocolli di premedicazione.

CONTATTI UTILI:

- SC Radiologia Presidio San Carlo Borromeo: tel. 02/4022.2039/2465; mail: info.radiologia.hsc@asst-santipaolocarlo.it
- SC Radiologia Presidio San Paolo: tel. 02/8184.4652; mail: info.radiologia.hsp@asst-santipaolocarlo.it

Io sottoscritto dichiaro di aver letto e compreso il contenuto della presente informativa sanitaria, già verbalmente spiegata dal medico e relativa all'atto sanitario consigliatomi.

Firma.....

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo	INFORMATIVA E CONSENSO MEZZO DI CONTRASTO PARAMAGNETICO	AST_RAD_502_Ed04
		Approvazione: Direttore Dipartimento Tecnologie Avanzate Diagnostico Terapeutiche
		Data di Emissione: 23.01.2024

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE Cognome Nome..... Data di nascita Luogo di nascita: Residenza: Recapito telefonico: Lingua parlata Italiano: SÌ ☐ NO ☐ Altro: Peso (kg): Reparto/medico richiedente l'esame RM..... INDAGINE RICHIESTA:	<i>Spazio etichetta</i>
--	--

Ha già eseguito esami con mdc paramagnetico?	☐ SÌ	☐ NO
Ha avuto reazioni allergiche al mdc paramagnetico?	☐ SÌ	☐ NO
Se sì di che tipo? ☐ Lievi ☐ Moderate ☐ Severe		
Ha importanti allergie a farmaci o altre sostanze?	☐ SÌ	☐ NO
Data esami del sangue:		
Creatininemia:	GFR:	

CONSENSO INFORMATO

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

☐ **Accettare** ☐ **Rifiutare l'indagine proposta**

Firma del paziente: **Data:** ____/____/____

Se minore:

Padre - Nome Cognome: Data di nascita: Firma:

Madre - Nome Cognome: Data di nascita: Firma:

Tutore/Amministratore di sostegno:

.....
 (nome, cognome e firma)

Eventuale Interprete/Testimone:

.....
 (nome, cognome e firma)

Firma e timbro (o matricola) del Medico:

Il paziente che ha espresso il proprio consenso è libero di rifiutare la prestazione in qualsiasi momento.

NOTA: ** In caso di revoca successiva del consenso

Data:

Firma dell'interessato (Nel caso di minore, firme dei genitori):

Firma, timbro o matricola del medico:

U.O:

Osservazioni: