

# CASA DI CURA ERETENIA

36100 VICENZA – VIALE ERETENIO, 12 – TEL. 0444/994511 – FAX 0444/543644

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

## **NOTE INFORMATIVE SULLE MODALITA' DI ESECUZIONE DELL'INDAGINE TC**



**Gentile paziente**, il Suo medico ha formulato per Lei la richiesta di un'indagine TC. Vogliamo fornirLe alcune informazioni sull'esecuzione dell'esame e sulle possibili complicanze che, nonostante tutte le precauzioni, potrebbero intervenire.

La TC è un'indagine eseguita tramite un'Apparecchiatura Computerizzata, basata sull'utilizzo di Radiazioni Ionizzanti emesse da un Tubo Radiogeno che ruoterà attorno al paziente sdraiato su un lettino scorrevole; tale lettino avanzerà all'interno della macchina in rapporto al distretto corporeo da esaminare.

L'indagine può essere eseguita in relazione al quesito clinico con o senza la somministrazione in vena del Mezzo di Contrasto (M<sub>d</sub>C) Iodato. A volte, a seconda della patologia da studiare, può essere necessaria l'assunzione di un M<sub>d</sub>C per via orale.

Il Mezzo di Contrasto Iodato verrà iniettato attraverso un ago cannula con iniettore automatico. La quantità varia in rapporto alla metodica, al quesito diagnostico, al distretto da esaminare ed al peso corporeo del paziente.

**Se si utilizza il M<sub>d</sub>C, è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore.** I farmaci abituali potranno essere assunti regolarmente con qualche sorso di acqua.

È consigliata un'abbondante idratazione (almeno 1.5 lt di acqua) il giorno prima e dopo l'esecuzione dell'indagine.

**La gravidanza è una controindicazione assoluta all'esame.**

Per le donne che allattano, si consiglia la sospensione prudenziale dell'allattamento per le 24 ore successive alla somministrazione del Mezzo di Contrasto.

Dopo l'esame il/la paziente non deve seguire regimi o prescrizioni particolari e può immediatamente riprendere la sua normale attività.

Il paziente dovrà presentarsi il giorno dell'esame presso l'accettazione del Servizio di Radiologia (Atrio della Casa di Cura) munito/a di tutta la documentazione clinica in suo possesso relativa alla patologia in atto, comprese le immagini di esami radiologici precedenti (Rx, Eco, TC, RM, Scintigrafie e lettere degli specialisti).

**Al paziente verrà indicato il numero della sala d'attesa presso la quale dovrà attendere di essere chiamato per l'esecuzione dell'esame.**

**Il Tecnico inviterà il paziente a seguirlo in Sala Tc dove dovrà togliere i propri vestiti (eccetto gli indumenti intimi).**

**Dopo aver indossato un camice sarà posizionato su un lettino scorrevole.**

**La durata dell'indagine solitamente non supera i 30 minuti.**

# CASA DI CURA ERETENIA

36100 VICENZA – VIALE ERETENIO, 12 – TEL. 0444/994511 – FAX 0444/543644

## Servizio di Diagnostica per Immagini

Prenotazioni RX, TAC, RM, ECO: 0444/994562

### RICHIESTA DI INDAGINE RADIOLOGICA CON MEZZI DI CONTRASTO ORGANO-IODATI E.V.

<b>PROVENIENZA</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Ricoverato</li><li><input type="radio"/> Reparto</li><li><input type="radio"/> Esterno</li><li><input type="radio"/> Altro</li></ul>	<b>MEDICO RICHIEDENTE:</b> _____
<b>DATI DELL'UTENTE</b>  Cognome _____  Nome _____  Data di Nascita _____  N. di telefono _____	<b>DISTRETTO DA ESAMINARE</b> _____  <b>INDAGINE RICHiesta</b> _____ <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> TC</li><li><input type="radio"/> UROGRAFIA</li><li><input type="radio"/> ALTRO _____</li></ul>

SOSPETTO CLINICO \_\_\_\_\_

ELEMENTI CLINICO-AMNESTICI \_\_\_\_\_

EVENTUALI INDAGINI PRECEDENTI \_\_\_\_\_

### **CONSENSO INFORMATO ALLE PROCEDURE CON MEZZO DI CONTRASTO ORGANO-IODATO**

Il Mezzo di Contrasto Iodato verrà iniettato attraverso un ago cannula o per infusione (flebo) o mediante iniettore automatico. La quantità varia in rapporto alla metodica, al quesito diagnostico, al distretto corporeo da esaminare ed al peso corporeo del paziente.

**Se si utilizza il MdC, è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore.** I farmaci abituali potranno essere assunti regolarmente con qualche sorso di acqua.

È consigliata un'abbondante idratazione (almeno 1.5 lt di acqua ) il giorno prima e dopo l'esecuzione dell'indagine.

Durante l'infusione endovenosa del MdC si potrà avvertire una sensazione di calore diffusa in tutto il corpo, generalmente di breve durata. Vi è anche la possibilità (per cause anatomiche, fragilità della vena etc.) che si verifichi la rottura del vaso con conseguente stravasamento nell'area dell'iniezione; in questo caso potrà essere applicata una terapia locale.

# CASA DI CURA ERETENIA

36100 VICENZA – VIALE ERETENIO, 12 – TEL. 0444/994511 – FAX 0444/543644

## Servizio di Diagnostica per Immagini

Prenotazioni RX, TAC, RM, ECO: 0444/994562

È possibile che durante e dopo la somministrazione del Mezzo di Contrasto si verifichino effetti indesiderati; in rapporto al grado di severità tali reazioni possono essere:

- **Lievi:** nausea, vomito, dolore nella sede di iniezione, orticaria, pomfi
- **Moderate:** dispnea, ipotensione-ipertensione, bradicardia-tachicardia, lipotimia, sincope vaso-vagale
- **Gravi:** edema polmonare o della glottide, shock anafilattico, broncospasmo severo, arresto cardiorespiratorio, gravi aritmie, insufficienza renale acuta.

In queste rare evenienze il nostro servizio dispone di farmaci ed attrezzature idonee all'assistenza del paziente e, in caso di necessità, vi è la pronta disponibilità del personale di rianimazione.

Le reazioni tardive (da 1 ora dall'iniezione fino a 7 giorni) consistono più frequentemente in eruzioni cutanee, sindromi simili-influenzali, disturbi gastrointestinali. In questo caso è consigliato recarsi dal Medico curante.

### VALUTAZIONE CLINICO-ANAMNESTICA (Riservata al Medico Curante)

- Insufficienza epatica (bilirubinemia < a 2,5 mg %) indicare il valore \_\_\_\_\_
- Azotemia (< a 50 mg %) indicare il valore \_\_\_\_\_
- Grave insufficienza renale (creatininemia < a 1,5 mg %) indicare il valore \_\_\_\_\_
- Insufficienza cardio-vascolare
- Diabete
- Asma
- Comprovato rischio allergico a MdC organo-iodato (se si seguire schema di pre-trattamento)
- Paraproteina di Waldstrom
- Mieloma Multiplo
- Grave sofferenza del miocardio

Firma del Medico Curante

Vicenza ,li \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato/a esaurientemente informato/a sulle finalità ,  
modalità di svolgimento e sui rischi inerenti l'esame con l'utilizzo di mezzo di contrasto organo-iodato per via iniettiva ed  
**autorizzo/non autorizzo** l'esecuzione dell'indagine richiesta dal Medico Curante.

Firma per esteso del/la paziente

Firma del Medico Radiologo