

Scheda anamnesi e consensi TAC

Paziente nato a (.....) il/...../.....
 Residente a(.....) . Via..... n CAP
 Cod. fiscale Medico di base Medico prescrittore
 Quesito clinico
 Esame richiesto con mezzo di contrasto senza mezzo di contrasto

Valutazione Clinica - anamnestica

Asma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Gravidanza (certa o possibile)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Diabete *	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Allergia trattata farmacologicamente *	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Insufficienza renale*	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Creatinina GFR
Precedenti somministrazioni MdC *	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Precedenti reazioni avverse MdC *	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Altre allergie	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

(*) solo se **con contrasto**

Alla luce di quanto sopra il Radiologo ritiene l'esame **idoneo** **NON idoneo** alternativa suggerita

Data/...../..... Firma Radiologo

Da conservare da parte di Radiosalus

ANAMNESI

CONSENSO INFORMATO ALLA ESECUZIONE DELLA TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)

Che cosa è?

La TC è una metodica diagnostica che utilizza radiazioni ionizzanti (raggi X) e fornisce rispetto alla radiologia tradizionale un miglior dettaglio morfologico di tutte le strutture anatomiche. Poiché si tratta di un esame che espone a significativa dose di radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di una indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso per il possibile rischio di danni al feto.

Come si esegue

Il Paziente viene posizionato su lettino che si muove all'interno di una struttura circolare (gantry) al cui interno si trovano la fonte dei raggi X e il sistema di rilevamento. I dati vengono inviati al computer del sistema dove vengono elaborati e trasformati in immagini del distretto esaminato. In relazione al tipo di patologia ricercata può essere necessaria la somministrazione di mezzo di contrasto per via endovenosa per migliorare il potere diagnostico della metodica; al Paziente allora viene incannulata una piccola vena di solito dell'arto superiore. L'iniezione potrà creare all'inizio una sensazione di intenso calore, peraltro facilmente sopportabile. L'esame potrà durare da 20 a 60 minuti ed al termine potrà essere ripresa la normale attività.

Cosa può succedere – Eventuali complicanze

Una funzionalità renale compromessa è il principale limite all'utilizzo del mezzo di contrasto **organo-iodato**. Per tale motivo può essere richiesto di portare il giorno dell'esame un valore recente della creatinemia. I mezzi di contrasto-iodati attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri ma occasionalmente possono dare reazioni: - MINORI come vampate di calore, starnuti, nausea e vomito, orticaria circoscritta, sintomi che in genere richiedono terapia e si risolvono da soli. - MEDIE e SEVERE (anche a rischio per la vita) come orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari, perdita di coscienza, shock anafilattico, edema della glottide, che richiedono di solito terapia medica o intervento del Rianimatore (presente sempre). Esiste la possibilità di reazioni ritardate (entro 1 settimana) di solito cutanee, sindrome simil-influenzali, disturbi gastrointestinali. In questi casi è consigliato rivolgersi al proprio Medico curante.

Preparazione necessaria- Raccomandazioni

Per l'esecuzione di un esame che preveda la somministrazione di mezzo di contrasto è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore (con l'esclusione dei farmaci abitualmente assunti e che possono essere ingeriti o acqua). Utile abbondante idratazione (almeno 1,5 litri di acqua) nella giornata precedente l'esame e nella stessa giornata, soprattutto post-esame. Sospendere per prudenza l'allattamento con latte materno nelle 48 ore successive alla somministrazione di mezzo di contrasto.

ESPRESSIONE e DICHIARAZIONE di CONSENSO INFORMATO

Il paziente sopra identificato dichiara:

sono stato informato in modo completo ed esauriente sulle indicazioni cliniche dell'esame, sue finalità, modalità di esecuzione e di aver ricevuto risposte chiare e comprensibili ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi e da reazioni avverse, che nel mio caso mi sono state debitamente illustrate. Mi è stato comunicato che sono state predisposte tutte le idonee misure e precauzioni per prevenire e/o fronteggiare ogni eventuale complicanza. Pertanto:

Acconsento all'esecuzione dell'esame CON MDC Acconsento all'esecuzione dell'esame SENZA MDC Non acconsento all'esecuzione dell'esame

Data _____

firma interessato _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (Rif. Reg. UE 679/2016 in tema di tutela dei dati personali)

Il paziente sopra identificato dichiara:

Sono stato informato su:

1. le finalità e le modalità di trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della propria salute;
2. i soggetti o le categorie ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, aziende ospedaliere, fiscalisti) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;
3. il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione;
4. il nome del titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo dello stesso: Gianluca Passerini, Via Ischia I n.36 Grottammare (AP)
5. la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi, cura e trattamento alla struttura Radiosalus.

Data _____

firma interessato _____

Solo per TELERADIOLOGIA - essendo inoltre stato informato della necessità di inviare per via telematica, in altra sede, per essere interpretate, le immagini relative all'indagine diagnostica da me sostenuta e i dati clinici e anagrafici ad esse correlate, **esprimo il consenso al trasferimento informatico dei dati clinici e delle immagini biomediche esclusivamente a fini di diagnosi, cura e trattamento.**

Data _____

firma interessato _____