



Insieme per la tua salute

**Centro Radiologico Polispecialistico S.r.l.**

**Sede operativa:** Direttore Sanitario Dott. Fabio Francois Francone

Via Gen. C.A. Dalla Chiesa 15/17 - 21019 Somma Lombardo (VA)

Tel 0331.25.96.23 - Fax 0331.25.88.76 - info.somma@crp-online.it - www.crp-online.it

**Sede legale:** Via Carducci 5 - 20092 Cinisello Balsamo (MI)

Tel 02.612.65.83 - Fax 02.660.171.39

info@crp-online.it - crpsrl@messaggipec.it - www.crp-online.it

Capitale Sociale Euro 110.000,00 I.V - C.C.I.A.A. Milano R.E.A. N. 1049501

C.F. / P.IVA / Reg. Impr. Milano: 05933070152

**DOCUMENTO INFORMATIVO per TAC e RISONANZE con MDC per endovena**

**ESPRESSIONE DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**

Il/la sottoscritto/a.....  
(Cognome e Nome)

C.F. ....nato a .....il.....

Dovendosi sottoporre ad indagine radiologica, che prevede la somministrazione endovena di mezzo di contrasto, per

.....  
(quesito diagnostico)

**DICHIARA**

Di essere stato informato/a dal Dr. .... in modo comprensibile ed esauriente

- Sugli effetti indesiderati che potrebbero essere causati dall'iniezione con il mezzo di contrasto;
- Che la procedura potrebbe essere modificata qualora in corso d'opera se ne manifesti la necessità;
- Di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento **prima** dell'esame.

**DICHIARA**

Di **ACCETTARE**  di **NON ACCETTARE**

Liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

Somma Lombardo..... Ora.....  
.....  
Firma del Medico Firma del paziente o del Rappresentante Legale

**REVOCA DEL CONSENSO**

Il/La sottoscritto/a.....  
(Cognome e Nome)

in data..... Ora..... dichiara di voler **REVOCARE** il consenso.

.....  
Firma del paziente o del Rappresentante Legale



Insieme per la tua salute

**Centro Radiologico Polispecialistico S.r.l.**

**Sede operativa:** Direttore Sanitario Dott. Fabio Francois Francone  
Via Gen. C.A. Dalla Chiesa 15/17 - 21019 Somma Lombardo (VA)  
Tel 0331.25.96.23 - Fax 0331.25.88.76 - info.somma@crp-online.it - www.crp-online.it

**Sede legale:** Via Carducci 5 - 20092 Cinisello Balsamo (MI)

Tel 02.612.65.83 - Fax 02.660.171.39  
info@crp-online.it - crpsrl@messaggipec.it - www.crp-online.it  
Capitale Sociale Euro 110.000,00 I.V - C.C.I.A.A. Milano R.E.A. N. 1049501  
C.F. / P.IVA / Reg. Impr. Milano: 05933070152

SI

NO

ha osservato il digiuno

SI

NO

ha eseguito preparazione per allergia

SI

NO

ha eseguito preparazione per insufficienza renale

SI

NO

ha portato in visione i seguenti precedenti esami

Firma del medico per accettazione esecuzione dell'esame .....

SPAZIO  
DA  
COMPILARE  
A CURA  
DEL  
RADIOLOGO

SI

NO

ha avuto le seguenti reazioni al mezzo di contrasto  
.....

SI

NO

ha effettuato la seguente terapia

Firma del Medico Anestesista .....

SPAZIO  
DA COMPILARE  
A CURA  
DELL'ANESTESIST



Insieme per la tua salute

**Centro Radiologico Polispecialistico S.r.l.**

**Sede operativa:** Direttore Sanitario Dott. Fabio Francois Francone  
Via Gen. C.A. Dalla Chiesa 15/17 - 21019 Somma Lombardo (VA)  
Tel 0331.25.96.23 - Fax 0331.25.88.76 - info.somma@crp-online.it - www.crp-online.it

**Sede legale:** Via Carducci 5 - 20092 Cinisello Balsamo (MI)

Tel 02.612.65.83 - Fax 02.660.171.39  
info@crp-online.it - crpsrl@messaggipec.it - www.crp-online.it  
Capitale Sociale Euro 110.000,00 I.V - C.C.I.A.A. Milano R.E.A. N. 1049501  
C.F. / P.IVA / Reg. Impr. Milano: 05933070152

**SCHEDA ANAMNESTICA – TAC E RISONANZA MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO**

Da compilarsi a cura del medico curante e/o del servizio Tac/Rmn

Il/La paziente ..... ha in anamnesi

SI  NO pregressa reazione **allergica o simil-allergica** a seguito di un'indagine con la medesima classe di MdC da impiegare (per es. a base di gadolinio o di iodio);

SI  NO presenza di **asma bronchiale o orticaria-angioedema** non controllati dalla terapia farmacologica;

SI  NO **mastocitosi**;

SI  NO **Pregressa anafilassi idiopatica** (ovvero storia di episodio/i di anafilassi in cui non è riconoscibile la causa scatenante).

se vi è almeno un SI ad una di queste condizioni il Medico curante o lo specialista radiologo possono inviare il paziente ad un centro di riferimento allergologico per una consulenza o valutare la possibilità di effettuare un esame con metodica radiologica alternativa che abbia medesima efficacia diagnostica e non necessiti di MdC o utilizzi un MdC di classe differente.

SI  NO Insufficienza renale **CREATINEMIA** di.....unità di misura.....  
Eseguita in data.....con GFR pari a.....(calcolabile nel sito mdrd.com)

Per TAC con GFR >4

Per TAC con GFR tra 30 e 45 necessaria la preparazione sottostante;

Per TAC con GFR <30 è necessaria la valutazione nefrologica;

Per RM con GFR <30 il contrasto non può essere somministrato.

SI  NO Grave insufficienza cardiovascolare, ipertiroidismo manifesto

Se SI può essere opportuno allegare valutazione cardiologica/endocrinologica recente.

SPAZIO DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE

**PREPARAZIONE SE PAZIENTE DEVE ESEGUIRE TAC CON MDC  
E IL GFR È COMPRESO TRA 30 E 45 ML/MN (SOLO PAZIENTI ADULTI)**

Il giorno precedente ed il giorno dell'esame alle ore 8 e alle ore 20:

- 2 cp N-Acetilcisteina (Fluimucil) 600 mg;
- 2 cp Sodio Bicarbonato 500 mg.

Controllo funzionalità renale a 72 ore dall'esame.

**CASI PARTICOLARI**

- Sospendere **Metformina** 48 h prima e dopo l'esame (a discrezione curante se cure alternative);