

# Consenso informato all'uso del mezzo di contrasto

## S.C: Radiodiagnostica

Direttore dott. G.A. Rollandi

Io sottoscritto/a Cognome ..... Nome.....

Nato/a a.....(Prov.di.....) il.....

Residente a .....in Via/Piazza .....

Sono stato informato che l'utilizzo del Mezzo di Contrasto è necessario per raggiungere gli scopi diagnostici che l'esame cui devo essere sottoposto si prefigge e l'assenza di somministrazione endovenosa del mezzo di contrasto riduce il potenziale diagnostico dell'esame. Mi è stato spiegato che i **mezzi di contrasto organo iodati** utilizzati in Radiologia hanno elevata tollerabilità e basso rischio e possono indurre reazioni avverse non dipendenti dalla dose iniettata. Pazienti affetti da conclamate sindromi allergiche, gravi forme di insufficienza epatica, insufficienza renale, insufficienza cardiovascolare, mieloma multiplo, paraproteinemia di Waldenstrom, diabete grave hanno un rischio di avere reazioni avverse ai Mezzi di Contrasto organo-iodati lievemente più elevato rispetto alla popolazione generale. In alcuni casi il Mezzo di Contrasto può avere un modesto e transitorio effetto tossico sulla funzione renale.

Si possono verificare in qualsiasi persona reazioni di ipersensibilità: le reazioni possono essere molteplici, da lievi, tipo arrossamento, nausea, orticaria ( in meno del 3% dei pazienti) a reazioni di grado moderato e severo, tipo broncospasmo, ipotensione, aritmia, perdita di coscienza (in meno dello 0.04% dei pazienti.). La mortalità dovuta a reazioni a mezzi di contrasto è bassa (1/170.000 casi secondo le stime 2011 della Società Italiana di Radiologia-SIRM).

E' possibile nello 0,5% dei casi (1), che l'iniezione di mezzo di contrasto determini stravasamento del prodotto iniettato dalla vena periferica. Ciò può avere variabili conseguenze: di solito un semplice ematoma, ma non si possono escludere complicanze maggiori, fino alla necrosi cutanea. (*Wang CL, Frequency, management, and outcome of extravasation of nonionic iodinated contrast medium in 69,657 intravenous injections. Radiology 2007*).

Il reparto di Radiodiagnostica è attrezzato sia per far fronte ad eventuali reazioni avverse che alle eventuali complicanze dello stravasamento.

Pertanto DICHIARO/A di essere stato informato/a **esaurientemente** ed in **modo comprensibile** dal Dott. ....circa :

- indicazione clinica e utilità dell'esame;
- efficacia, efficienza e sicurezza dell'esame in relazione al quesito clinico in accordo con il D.Lgs. 187/2000;
- eventuali alternative diagnostiche possibili;
- possibili effetti collaterali e secondari (reazioni avverse inattese) che possono derivare dall'utilizzo del mezzo di contrasto;
- complicanze locali dell'iniezione del mezzo di contrasto (stravasamento);
- significato della premedicazione in soggetti allergici.
- In particolare sono stato informato che per l'esecuzione dell' esame verrà utilizzato il mezzo di contrasto denominato:"..... (lotto, scadenza....)

### ATTO DI CONSENSO ALL'UTILIZZO DI MEZZO DI CONTRASTO

essendo stata soddisfatta ogni mia ulteriore richiesta di informazione ed avendo avuto il tempo necessario a riflettere,  
ACCONSENTO  NON ACCONSENTO  all'esecuzione dell'indagine radiologica con mezzo di contrasto

Data ..... Firma Paziente.....

Firma del Medico Radiologo esecutore dell'esame .....

RADG 15	Rev 1 del 11.03.2016
---------	----------------------