

U.O. RADIOLOGIA  
Direttore Prof. D. Laganà

## INFORMATIVA AL PAZIENTE PER ESAMI TC CON INIEZIONE INTRAVASCOLARE DI MEZZO DI CONTRASTO A BASE DI IODIO

*(Da compilare a cura del Medico proponente/curante)*

Cognome ..... Nome ..... data di nascita ..... / ..... / ..... peso .....

### • ANAMNESI POSITIVA PER

precedenti reazioni avverse a MDC a base di iodio  SÌ  NO

Se ha risposto SÌ, descrivere il tipo di reazione ed eventuale terapia, se possibile allegare eventuale documentazione:

anafilassi idiopatica

mastocitosi

angioedema ricorrente in atto

orticaria in atto

asma bronchiale non controllato da terapia, ovvero nelle ultime 4 settimane ha avuto:

- sintomi più di 2 volte/settimana?  SÌ  NO

- ogni notte si sveglia per l'asma?  SÌ  NO

- ha utilizzato il salbutamolo (Ventolin/Broncovaleas) più di 2 volte/settimana?  SÌ  NO

- ha avuto limitazioni dell'attività a causa dell'asma?  SÌ  NO

**Se ha selezionato una delle patologie o ha risposto SÌ** ad una delle domande, la possibilità di eseguire l'esame sarà definibile solo in Radiologia e pertanto potrà essere rimandato in attesa di una consulenza dello Specialista allergologo o di una valutazione del Medico curante o dello Specialista di riferimento.

Si rammenta che secondo le Linee guida di riferimento ESUR (10.0) **la premedicazione non è raccomandata.**

### • CONDIZIONI PREDISPONENTI DANNO RENALE DA MEZZO DI CONTRASTO A BASE DI IODIO

diabete mellito, indicare se viene assunta **METFORMINA**  SÌ  NO

insufficienza renale acuta (episodi pregressi)

insufficienza renale cronica

monorene o storia di chirurgia renale maggiore

nefropatie/proteinuria

mieloma

Si rammenta che, al momento dell'esecuzione dell'indagine radiologica, **il Paziente dovrà presentare il referto del dosaggio della creatininemia eseguito in data non antecedente a 3 mesi.**

U.O. RADIOLOGIA  
Direttore Prof. D. Laganà

**In Paziente ambulatoriale**, in caso di  $eGFR < 30$  ml/min, per esami che prevedono l'iniezione di mezzo di contrasto per via endovenosa (TC, CESM) è necessario contattare il Servizio di Radiologia presso cui sarà eseguito l'esame - non appena ottenuta la data dell'appuntamento - onde poter organizzare un'adeguata **idratazione per via endovenosa**.

Per l'uso intraarterioso, per Pazienti con  $eGFR < 45$  ml/min si deve far riferimento al Medico angiografista.

**Se viene assunta METFORMINA**, in caso di  $eGFR < 30$  ml/min per esami che prevedono l'iniezione di mezzo di contrasto per via endovenosa (TC, CESM) il Medico proponente deve far **sospendere il farmaco al momento dell'esame**; il farmaco potrà essere **ripreso 48 ore dopo l'esame se la funzionalità renale non sarà peggiorata**.

Si rammenta che la **sospensione di farmaci nefrotossici** (quali ACE inibitori-sartani, aminoglicosidi, antifungini, antivirali, beta-bloccanti, biguanidi, diuretici dell'ansa, FANS, interluchina) **non è necessaria** a meno che non sia ritenuto opportuno da parte dello Specialista nefrologo e/o del Medico curante.

Data ...../...../.....

Firma del Medico proponente .....

Firma del Medico Radiologo .....

Raccomandazioni generali per esami programmati (non eseguiti in emergenza):

- il **digiuno da cibi solidi non è necessario**; va osservato solo per alcuni protocolli di esami (per esempio studi di cuore e addome) come esplicitato nell'informativa e modulistica relativa alla loro preparazione;
- **continuare l'assunzione di eventuali farmaci** (salvo diversa indicazione da parte del Medico curante) e la **normale assunzione di acqua** (è importante essere ben idratati);
- portare in visione la **documentazione clinica precedente, incluse le immagini radiologiche**;
- si rammenta che alcuni valori degli esami emato-chimici nelle 24 ore successive all'esame radiologico potrebbero essere alterati.