

## MODULO DI ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Questionario somministrato da.....

### Dati del paziente

Cognome ..... Nome .....

Data e luogo di nascita ...../...../..... ..... Peso (Kg) .....

Residenza ..... Recapito Tel. ....

Indagine richiesta .....

Reparto/Medico richiedente l'esame RM .....

### Nota informativa relativa all'esame RM

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM sfrutta l'impiego di intensi campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a RF. In alcuni tipi di indagine possono anche essere somministrate al paziente, per via endovenosa, alcune sostanze con proprietà paramagnetiche come mezzo di contrasto. Ad eccezione di tali casi, la RM si configura come un esame diagnostico non invasivo.

Nel caso di esami su donne in stato di gravidanza accertata o presunta, particolare attenzione è rivolta alla giustificazione, in particolare in regime di urgenza, e all'ottimizzazione dell'esame RM, nei confronti e tenendo conto sia della paziente che del nascituro. Nel corso dell'esame RM è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse.

L'evenienza più probabile è rappresentata da una crisi di claustrofobia a carattere passeggero. L'impiego del mezzo di contrasto a base di sostanze paramagnetiche è generalmente ben tollerato e non provoca alcuna sensazione particolare. Raramente possono comunque verificarsi episodi di ipersensibilità come orticaria o altri fenomeni allergici. In casi rarissimi sono stati riportati episodi di shock anafilattico. Il sito RM garantisce sempre la presenza di personale medico specializzato pronto ad intervenire in caso di emergenze mediche di tale genere.

## Esecuzione dell'esame RM

I pazienti possono essere sottoposti all'esame RM solo previa esclusione di ogni possibile controindicazione all'esame RM, da accertarsi a cura del Medico Responsabile della prestazione diagnostica (MRP), previo utilizzo dell'apposito questionario anamnestico e del modulo di consenso informato.

Per effettuare l'esame RM è necessario che il paziente, ove del caso supportato dal personale di servizio:

- tolga eventuale trucco per il viso e lacca per capelli;
- depositi nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, ecc.);
- tolga eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito;
- tolga lenti a contatto o occhiali;
- si spogli, e successivamente indossi l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio;
- utilizzi la cuffia o gli appositi tappi auricolari fornitigli.

La durata media dell'esame RM è approssimativamente pari a 30 minuti, ma può variare in relazione a esigenze cliniche e al numero di distretti anatomici da esaminare. Durante la fase di acquisizione dati dell'esame RM sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchiatura RM. Le condizioni di ventilazione, illuminazione e temperatura sono tali da assicurare il massimo benessere, e ridurre possibili effetti claustrofobici. Durante la fase di esame è necessario rimanere tranquilli e mantenere il massimo grado di immobilità per non compromettere il risultato diagnostico dell'immagine. La respirazione regolare e la deglutizione della saliva non disturbano l'esame. In alcuni tipi di indagine può essere richiesto al paziente di collaborare mediante atti respiratori e brevi periodi di apnea al fine di migliorare la qualità diagnostica delle immagini.

Nella sala comando è sempre presente personale di servizio pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità. Il paziente è sempre in contatto vocale, acustico e visivo con gli operatori, che eseguono un controllo costante durante tutta la fase di esame. In caso di insorgenza di disturbi, come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento, è opportuno che il paziente avverta quanto prima il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM, utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione.

## Questionario Preliminare

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi. Tale questionario deve essere attentamente compilato dall'equipe RM e firmato dal Medico Responsabile della Prestazione Diagnostica, il quale, in relazione alle risposte fornite dal paziente, può concludere che non sussistano controindicazioni all'esame RM. La controfirma del paziente a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce - fra le altre, anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte falsi o mendaci ai quesiti sottopostigli.

- Ha eseguito in precedenza esami RM?  SI  NO.
- Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto?  SI  NO.
- Soffre di claustrofobia?  SI  NO.
- Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?  SI  NO.
- Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?  SI  NO.
- È stato vittima di traumi da esplosioni?  SI  NO.
- Ultime mestruazioni avvenute: .....
- Ha subito interventi chirurgici su:
  - testa  collo
  - addome  estremità \_\_\_\_\_
  - torace  altro: .....

- È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?  SI  NO.
- È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?  SI  NO.
- È portatore di schegge o frammenti metallici?  SI  NO.
- È portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?  SI  NO.
- Valvole cardiache?  SI  NO.
- Stents?  SI  NO.
- Defibrillatori impiantati?  SI  NO.
- Distrattori della colonna vertebrale?  SI  NO.
- Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?  SI  NO.
- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?  SI  NO.
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?  SI  NO.
- Altri tipi di stimolatori?  SI  NO.
- Corpi intrauterini?  SI  NO.
- Derivazione spinale o ventricolare?  SI  NO.
- Protesi dentarie fisse o mobili?  SI  NO.
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.?  SI  NO.
- Altre protesi?  SI  NO.
- Localizzazione .....  SI  NO.
- Ritieni di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?  SI  NO.
- Informazioni supplementari .....  SI  NO.
- È affetto da anemia falciforme?  SI  NO.
- È portatore di protesi del cristallino?  SI  NO.
- È portatore di piercing?  SI  NO.
- Localizzazione .....  SI  NO.
- Presenta tatuaggi?  SI  NO.
- Localizzazione.....  SI  NO.
- Sta utilizzando cerotti medicali?  SI  NO.

**Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere:**

eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta erniaria - fermagli per capelli - mollette - occhiali - gioielli - orologi - carte di credito o altre schede magnetiche - coltelli tascabili - ferma soldi - monete - chiavi - ganci - automatici - bottoni metallici - spille - vestiti con lampo - calze di nylon – indumenti in acrilico - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.

Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

## Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari autorizza l'esecuzione dell'indagine RM

Firma del Medico

Data

.....

.....

---

---

## Consenso informato all'esame RM

Il paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame.

Firma del Paziente (\*)

Data

.....

.....

---

---

## Consenso informato alla somministrazione di mezzo di contrasto

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione.

Firma del Paziente (\*)

Data

.....

.....

(\*) In caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.

---

---

## Ulteriori consensi informati

Consenso informato relativo a \_\_\_\_\_  
(Inserire una nota esplicativa sui rischi legati alla specifica procedura)

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati a \_\_\_\_\_.  
Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, dà il proprio consenso.

Firma del Paziente (\*)

Data

.....

.....

## ESAMI EMATOCHIMICI:

Per sottoporsi a Tac e/o Risonanza Magnetica Nucleare con **Mezzo** di **Contrasto** presso la nostra Casa di Cura, è necessario essere muniti dei seguenti esami ematochimici:

AZOTEMIA	• GOT
CREATININA	• GPT
GLICEMIA	• BILIRUBINEMIA
EMOCROMO COMPLETO	• PROTEINURIA DI BENICE JONES
ELETTROFORESI PROTEICA	(urine)

I suddetti esami ematochimici devono essere effettuati entro 30 gg. dalla data di appuntamento.

E' possibile effettuare i suddetti esami ematochimici presso il nostro Laboratorio Analisi non in regime di convenzione.

## PRENOTAZIONE ESAMI EMATOCHIMICI

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

**PRENOTAZIONE per il giorno:** \_\_\_\_\_, **alle ore:** \_\_\_\_\_

Il giorno dell'esame di TAC o RMN è necessario presentarsi a **DIGIUNO**.

Prima dell'esecuzione dell'esame occorre registrarsi presso l'Ufficio Accettazione presentando la richiesta medica, un documento di riconoscimento e la tessera sanitaria nazionale.

Ricordiamo inoltre che è utile portare con sé ogni eventuale documentazione sanitaria precedentemente effettuata.

La Direzione Sanitaria

## MODELLO DI DICHIARAZIONE ANAMNETICA PER L'USO DEI MEZZI DI CONTRASTO

Dichiarazione anamnestica, attestante l'esistenza o meno di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione di mezzi di contrasto.

Si certifica che Il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

**Non presenta i seguenti particolari anamnestici:** precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzi di contrasto; altre precedenti reazioni allergiche; presenza di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione di mezzi di contrasto; grave insufficienza renale; grave insufficienze epatica; grave insufficienza cardiaca; paraproteina di Waldenström; mieloma multiplo; diabete.

**Non assume:** farmaci biguanidi; interleukine;  $\beta$ -bloccanti.

**Presenta i seguenti particolari anamnestici:**

- |                                                                                                                                                                        |                             |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| - Precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzi di contrasto                                                                                              | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Altre precedenti reazioni allergiche: _____                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Presenza di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione del mezzo di contrasto: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - grave insufficienze epatica                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - grave insufficienza renale                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - grave insufficienza cardiaca                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - paraproteinemia di Waldenström                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - mieloma multiplo                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - diabete                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - assume farmaci biguanidi                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - assume interleukine                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - assume $\beta$ -bloccanti                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Eventuali indagini eseguite:  NO  SI \_\_\_\_\_

Eventuali notizie anamnestiche aggiuntive rispetto alla diagnosi o quesito clinico \_\_\_\_\_

**L'assistito è stato informato che:**

- 1) all'atto dell'esecuzione dell'indagine, se effettuata con mezzo di contrasto, verrà acquisito il consenso scritto.
- 2) l'iniezione del mezzo di contrasto va sempre effettuata in condizioni di buona idratazione, per cui le norme relative al digiuno non riguardano l'assunzione di acqua e l'assunzione di terapie abituali.
- 3) È utile fornire documentazione, se ne è in possesso, di eventuali esami strumentali ( TC, RM, ECO, RX, Scintigrafie, Endoscopie), di reperti cito-istologici, di esami di laboratorio e copie di cartelle cliniche.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Medico Proponente o del Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

Firma dell'Assistito \_\_\_\_\_  
(per presa visione)

**VALUTAZIONE ANAMNESTICA E ACCETTAZIONE ESAME**  **SI**  **NO**

Firma del Medico Radiologo Responsabile  
dell'esecuzione dell'esame

Data \_\_\_\_\_

**SOSTITUZIONE ESAME PROPOSTO CON ALTRO**

Motivi della sostituzione \_\_\_\_\_

Firma del Medico Radiologo Responsabile  
dell'esecuzione dell'esame

Data \_\_\_\_\_

**INVIO AD ACCERTAMENTI/CONSULTO CON ANESTESISTA**

Firma del Medico Radiologo Responsabile  
dell'esecuzione dell'esame

Data \_\_\_\_\_

**RICHIESTA PER ESAMI RADIOLOGICI  
CON MEZZO DI CONTRASTO PER VIA INIETTIVA**  
(Nota Min. San. 17.9.97)

La nota del Ministero della Sanità (prot. 900 VI/11. AG/6542 del 17.09.1997), a proposito dell'uso di mezzi di contrasto organodati e paramagnetici precisa quanto segue:

- \* Il pericolo di gravi reazioni di intolleranza (reazioni anafilattoidi dovute alla formazione legami "macrocomplessi m.d.c. e proteine plasmatiche"), per particolari categorie di pazienti a rischio, ricorre con l'uso di mezzi di contrasto organiodati di tipo ionico;
- \* l'incidenza di reazioni anafilattoidi appare meno probabile con mezzi di contrasto non ionici per la trascurabile capacità degli stessi di legarsi alle proteine plasmatiche;
- \* I mezzi di contrasto non ionici sono oggi utilizzati in oltre il 95% delle indagini urografiche, angiografiche e di tomografia computerizzata;
- \* I mezzi di contrasto paramagnetici sono una categoria di farmaci totalmente differenti rispetto a quelle precedenti e che, in ragione dei piccoli volumi iniettati e le diverse caratteristiche farmacologiche, permettono tranquillità di impiego, pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità caratteristici di ogni formulazione iniettabile.

Premesso quanto sopra la stessa circolare precisa che:

- 1 - La valutazione clinico-anamnestica di ciascun assistito da sottoporre ad indagine con mezzi di contrasto da parte del medico curante, che richiede l'esame, e da parte del radiologo, che esegue l'esame, rappresenta per la prevenzione il momento più importante;
- 2 - Il ricorso abituale, in ogni caso, a batterie di esami/procedure diagnostiche predefinite, non ha indicazioni ai fini di prevenire incidenti da mezzi di contrasto. Test laboratoristici e procedure diagnostiche sono indicati per definire, nei soggetti a rischio, il grado delle condizioni patologiche;
- 3 - sono considerati a rischio i soggetti che risultino sul piano clinico-anamnestico a comprovato rischio allergico, portatori di gravi forme di insufficienza epatica e renale o cardiovascolare o di paraproteine di Waldenström o di mieloma multiplo.

**Test laboratoristici e procedure diagnostiche sono indicati per definire nei soggetti a rischio il grado delle condizioni patologiche di cui ai punti 1 e 2.**

Da leggere attentamente prima di sottoporsi all'indagine diagnostica

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER GLI ESAMI RADIOLOGICI CON MEZZI DI CONTRASTO

### Dichiarante

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

### Dichiaranti( da compilare solo in caso di necessità di "rappresentanti legali")

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

In qualità di rappresentanti legali di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Informato/i in modo chiaro e completo dal Dott. \_\_\_\_\_

sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente \_\_\_\_\_

per la quale è garantita la riservatezza dei dati personali utilizzabili per eventuali studi o pubblicazioni scientifiche;

\* sulla modalità di esecuzione dell'indagine e sulla tipologia degli strumenti utilizzati;

\* sulla composizione chimica delle sostanze iniettate per via endovenosa (mezzi di contrasto organo-iodati, ionici/non ionici, mezzi di contrasto paramagnetici) farmaci impiegati;

\* reso/i consapevole/i della  possibilità  impossibilità di effettuare indagini alternative di pari efficacia;

\* reso/i consapevole/i dei rischi relativi e di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita;

\* reso/i consapevole/i degli inconvenienti conseguenti alla mancata esecuzione dell'indagine, per l'insufficienza dei dati raccolti al fine di raggiungere una diagnosi esaustiva;

\* reso/i consapevole/i del parere del medico e che l'indagine proposta è quella che offre il miglior rapporto beneficio/rischio sulla base delle conoscenze attuali;

\* reso/i consapevole/i della  possibilità  impossibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mi/ns. richiesta;

\* reso/i consapevole/i del fatto che l'indagine possa essere modificata al manifestarsi di eventi avversi;

\* presa visione delle informazioni riportate sul retro relative all'indagine/procedura in oggetto

\* Ho ben compreso inoltre che esistono altri eventi avversi o complicanze molto più rare di cui, a richiesta, posso essere informato verbalmente;

\* Sono consapevole del fatto che il consenso può essere da me ritirato in qualsiasi momento.

### dichiara/dichiarano quanto segue

valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetta/accettano l'indagine proposta

rifiuta/rifiutano l'indagine proposta

Dichiarante/i \_\_\_\_\_

Medico Radiologo \_\_\_\_\_

(nome, cognome stampatello + firma)

Firma di eventuali testimoni \_\_\_\_\_

Firma di eventuale interprete \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

### L'utente ha facoltà ed opportunità di chiedere ulteriori delucidazioni in ogni momento dell'indagine

Ritiro il consenso	Data _____	_____
		Firma _____



## DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER GLI ESAMI RADIOLOGICI CON MEZZI DI CONTRASTO

Gentile Signore/a,

L'indagine diagnostica prevede l'utilizzo di:

### MEZZI DI CONTRASTO ENDOVASCOLARI

**MEZZI DI CONTRASTO ORGANOIODATI** per via venosa o arteriosa. Il mezzo di contrasto usato è stato scelto tenendo in considerazione i parametri di qualità, efficacia e tollerabilità con l'obiettivo di utilizzare il prodotto migliore presente sul mercato. Questi preparati provocano la opacizzazione per via vascolare delle strutture anatomiche e ne rendono possibile una più certa identificazione e delimitazione, consentendo spesso una migliore definizione della patologia in causa sia ai fini diagnostici che terapeutici. Il loro utilizzo può avvenire, a seconda delle necessità diagnostiche, per infusione lenta o a bolo rapido. Presso questa struttura sono utilizzati, di norma, mezzi di contrasto iodati non ionici notevolmente più sicuri ed affidabili che in passato; tuttavia, in una minima percentuale dei casi (1-3%) sono possibili reazioni avverse, spesso di grado lieve (stravasamento in sede di iniezione, sudorazione, nausea o vomito, secchezza delle fauci, orticaria) o medio, (dispnea, broncospasmo, alterazioni pressorie e del ritmo cardiaco, angina, convulsioni, lipotimia); rare, ma possibili, sono le reazioni gravi (edema della glottide, shock anafilattico), di cui severo 0.04% e molto severo 0.004%. Gli ultimi dati della letteratura riportano un decesso ogni 70.000 esami, valori non molto dissimili dalla somministrazione di penicillina o altri farmaci. Il pericolo di gravi reazioni di intolleranza (reazioni anafilattoidi dovute alla formazione di legami "macrocomplessi m.d.c. e proteine plasmatiche") ricorre più frequentemente con l'uso di mezzi di contrasto organiodati di tipo ionico. L'incidenza di reazioni anafilattoidi appare meno probabile con mezzi di contrasto non ionici per la trascurabile capacità degli stessi di legarsi alle proteine plasmatiche. I mezzi di contrasto non ionici sono oggi utilizzati in oltre il 95% delle indagini urografiche, angiografiche e di tomografia computerizzata. In caso di precedenti allergici specifici ai mezzi di contrasto iodati l'esame potrà essere effettuato, solo se ritenuto assolutamente indispensabile, previa premedicazione con farmaci antistaminici e/o cortisonici e copertura anestesiológica. Vi sono, poi, alcune malattie che, pur non rappresentando una controindicazione assoluta, aumentano notevolmente il rischio di reazioni avverse e in presenza delle quali è necessaria una valutazione preliminare circa l'effettiva necessità di eseguire l'indagine: mieloma multiplo, paraprotidemia di Waldenström, grave insufficienza epatica, insufficienza cardiaca o insufficienza renale anche lieve, nefropatie croniche anche senza insufficienza renale, tireotossicosi, allergia pregressa, ipertiroidismo, stati di debilitazione e disidratazione, asma e altre malattie allergiche, anemia falciforme.

**La preghiamo, pertanto di segnalare preventivamente al Medico Radiologo tutte le patologie di cui è portatore ed in particolare quelle prima riportate.**

Per i seguenti esami è necessaria l'iniezione endovascolare o endocavitaria (es.: fistellografia) di mezzi di contrasto:

**UROGRAFIA, COLANGIOGRAFIA, FISTOLOGRAFIA, TC CON MEZZO DI CONTRASTO, ARTERIOGRAFIA, FLEBOGRAFIA.**

**MEZZI DI CONTRASTO PARAMAGNETICI (RM)** per via venosa. Questi preparati rendono possibile una migliore definizione delle strutture anatomiche e della patologia in causa e del dettaglio anatomico.

Le reazioni avverse legate al loro utilizzo si presentano in meno dell'1% dei casi e sono spesso localizzate al punto di iniezione (senso di calore). Rare le reazioni medio-gravi (0,05%) e quasi sempre di natura allergica.

**La preghiamo, comunque, di segnalare preventivamente al Medico Radiologo le patologie di cui è portatore, in particolare quelle allergiche.**

**SE LE INFORMAZIONI RIPORTATE IN QUESTO FOGLIO, FORZATAMENTE LIMITATE E SUCCINTE, LE RISULTASSERO POCO COMPRENSIBILI O AVESSE DUBBI IN PROPOSITO, SI RIVOLGA CON FIDUCIA AL PERSONALE DEL SERVIZIO DEPUTATO ALL'ESECUZIONE E DELL'INDAGINE RICHIESTA, CHE LE FORNIRÀ OGNI POSSIBILE ULTERIORE CHIARIMENTO E INFORMAZIONE.**

**L'UTENTE HA LA FACOLTÀ ED OPPORTUNITÀ DI CHIEDERE ULTERIORI DELUCIDAZIONI IN OGNI MOMENTO DELL'INDAGINE.**

Casa di Cura VILLA DEL SOLE | Viale Pio X, 202 - 88100 Catanzaro | C.F. 00101340792 | P.IVA 02106250794

Tel.0961.741909 | Fax 0961.743454 | Email: villadelsol@tiscali.it | www.villadelsolcatanzaro.com

Ortotraumatologia | Chirurgia Generale | Oculistica | Riabilitazione Intensiva | Radiologia Tradizionale | Diagnostica per immagini | Laboratorio analisi

Al Medico Curante

## SCHEMA PER LA DESENSIBILIZZAZIONE ASPECIFICA NEI PAZIENTI ALLERGICI

I pazienti che devono essere sottoposti ad un esame con iniezione con mezzo di contrasto sanno di avere allergie generiche (ad esempio alimentari, a farmaci) dovranno eseguire una terapia desensibilizzante nei giorni precedenti all'indagine:

- 24 ore prima dell'esame
  - 1) Deltacortene 25 mg 2 compresse (\*)
  - 2) Omeprazolo 40 mg 1 compressa;
  
- 12 ore prima dell'esame  
Deltacortene 25 mg 2 compresse;
  
- 2 ore prima dell'esame
  - 1) Omeprazolo 40 mg 1 compressa
  - 2) Cetirizina 10 mg 1 compressa;
  
- 4 ore dopo l'esame o l'intervento  
Cetirizina 10 mg 1 compressa.

N.B.: Nei pazienti diabetici omettere la somministrazione di Deltacortene 24 ore prima dell'esame .

In corso di domande può rivolgersi al suo Medico Curante oppure al Medico del Servizio di Radiologia.

La Direzione Sanitaria