



## U.O.C. Radiologia Senologica

### Consenso Informato per l'esecuzione di ESAMI RADIOLOGICI CON MEZZO DI CONTRASTO

#### DATI PAZIENTE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_

#### NOTA INFORMATIVA

In ambito senologico gli esami che utilizzano un mezzo di contrasto sono:

- La Risonanza Magnetica delle mammelle (a base di gadolinio)
- La Mammografia con Mezzo di Contrasto (a base di iodio)

**A COSA SERVE IL MEZZO DI CONTRASTO:** I mezzi di contrasto (MdC) sono delle sostanze che vengono iniettate allo scopo di rendere la diagnosi più accurata, aggiungendo informazioni sulla vascolarizzazione delle possibili lesioni.

**COME AVVIENE LA SOMMINISTRAZIONE:** La somministrazione del MdC avviene per via endovenosa durante la Risonanza Magnetica delle mammelle o subito prima della Mammografia con Mezzo di Contrasto.

#### PREPARAZIONE/RACCOMANDAZIONI:

- Mantenere il digiuno da almeno 3 ore prima dell'esame e non bere nell'ora precedente all'esame;
- Non sospendere l'eventuale trattamento farmacologico abituale se non specificato dal Medico Curante;
- Bere 1,5 litri di acqua il giorno dell'esame;
- Portare il dosaggio della creatinina del sangue con data non anteriore a 30 giorni.

**EFFETTI COLLATERALI:** I mezzi di contrasto organoiodati o quelli contenenti gadolinio possono provocare effetti collaterali anche tardivi (da oltre 1h fino a 1 sett) e alcune reazioni avverse. Le reazioni lievi (nausea, vomito, prurito) o moderate (vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo) sono in genere risolte con semplici provvedimenti terapeutici. Rarissimamente, si possono verificare reazioni severe (shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-respiratorio) fino al decesso.

#### PARTE RISERVATA AL MEDICO PRESCRITTORE

La compilazione di questa sezione attestante l'esistenza o meno di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio o grave in seguito all'introduzione di mezzi di contrasto è obbligatoria, da parte del Medico, per gli esami con somministrazione di mezzo di contrasto. Si prega di compilare la tabella seguente:

#### TIPO DI ESAME RICHIESTO

RM mammelle  Mammografia con MdC

#### CONDIZIONI CHE RICHIEDONO PREMEDICAZIONE

Reazioni allergiche "gravi" (shock anafilattico, broncospasmo, difficoltà di deglutizione, edema della glottide, edema del volto)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

Asma grave	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
------------	-----------------------------	-----------------------------

Mastocitosi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-------------	-----------------------------	-----------------------------

In caso di anamnesi positiva per le condizioni sopraindicate è necessario effettuare premedicazione secondo le indicazioni in allegato.

#### FUNZIONALITA' RENALE

La misurazione deve essere effettuata entro i 30 giorni dalla data dell'esame.

In caso di  $eGFR \leq 30$  mL/min/1.73mq è necessario effettuare idratazione secondo lo schema riportato nell'allegato.

Se  $eGFR \leq 20$  mL/min/1.73mq, la valutazione dell'esame dev'essere concordata con uno specialista con un protocollo di idratazione personalizzato.

\_\_\_\_\_  
Creatininemia  
(mg/dl)

\_\_\_\_\_  
Filtrato  
glomerulare (eGFR)  
(mL/min/mq)



**U.O.C. Radiologia Senologica**

Consenso Informato per l'esecuzione di  
**ESAMI RADIOLOGICI CON MEZZO DI CONTRASTO**

**CONTROINDICAZIONI E PRECAUZIONI**

Insufficienza renale (vedi Funzionalità Renale)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Asma	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Insufficienza cardiovascolare grave	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ipertensione grave (MdC iodato)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ipertiroidismo (in fase di scompenso)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Insufficienza epatica grave	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diabete	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Scompenso cardiaco	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tattamento in atto con farmaci (solo se uno di quelli sotto indicati): Metformina, Cisplatino, Acido Zoledronico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
N.B.: Le condizioni di "gestione" dei farmaci sopraelencati sono descritte nell'allegato.		

**CONSENSO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME**

La sottoscritta Sig.ra \_\_\_\_\_  
 ritiene di essere stata sufficientemente informata in merito ai benefici e alle  
 possibili controindicazioni legate alla somministrazione del mezzo di contrasto.  
 Acconsente alla somministrazione

Data

Firma della Paziente

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RIPENSAMENTO ALLA SOMMINISTRAZIONE**

La sottoscritta Sig.ra \_\_\_\_\_ sotto la  
 propria responsabilità dichiara di non voler sottoporsi alla somministrazione di mezzo di  
 contrasto.

Data

Firma della Paziente

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MEDICO CURANTE**

Data

Firma del Medico Curante

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO**

Data

Firma del Medico Radiologo

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_



## U.O.C. Radiologia Senologica

### Consenso Informato per l'esecuzione di ESAMI RADIOLOGICI CON MEZZO DI CONTRASTO

#### ALLEGATO

##### PREMEDICAZIONE

- Reazioni allergiche “gravi”: SCHEMA A.
- Asma grave: SCHEMA A e 2 puff di Salbutamolo 15 min prima dell'infusione del mezzo di contrasto.
- Mastocitosi: SCHEMA A.
- Reazione allergica al mezzo di contrasto avvenuta (durante precedenti esami) entro 1 ora dalla somministrazione: SCHEMA A.
- Reazione allergica al mezzo di contrasto avvenuta (durante precedenti esami) dopo 1 ora dalla somministrazione: SCHEMA B.

##### SCHEMA A

12 ore prima dell'esame	METILPREDNISONONE 32 mg (Medrol 16 mg - 2cp)
2 ore prima dell'esame	METILPREDNISONONE 32 mg (Medrol 16 mg - 2cp)

##### SCHEMA B

12 ore prima dell'esame	METILPREDNISONONE 32 mg (Medrol 16 mg - 2cp)
2 ore prima dell'esame	METILPREDNISONONE 32 mg (Medrol 16 mg - 2cp)
6 ore dopo l'esame	METILPREDNISONONE 16 mg (Medrol 16 mg - 1cp)

N.B.: Qualora non sia possibile l'assunzione per via orale si può somministrare per via endovenosa Idrocortisone (SoluCortef) 200 mg in sostituzione del Metilprednisone.

##### IDRATAZIONE

eGFR ≤ 20	Protocollo di idratazione personalizzato
20 < eGFR ≤ 30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bicarbonato di sodio (NaBic) 1.4% 3 mL/kg/h per un'ora precedente la somministrazione di MdC</li> </ul> oppure <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soluzione fisiologica 1 mL/kg/h per 3-4 ore prima e 4-6 ore dopo la somministrazione di MdC</li> </ul>

##### TRATTAMENTO CON FARMACI

##### METFORMINA

eGFR > 30	Non è necessaria la sospensione
eGFR ≤ 30	Sospensione a partire dal giorno dell'esame. Misura di eGFR 48 ore dopo l'esame e ripresa dell'assunzione del farmaco se eGFR <sub>post</sub> > 30

##### ALTRI FARMACI

CISPLATINO	Si raccomanda che tra la somministrazione di cisplatino e di MdC intercorrano da 5 a 7 giorni.
ACIDO ZOLEDRONICO	Si raccomanda che tra la somministrazione di cisplatino e di MdC intercorrano 14 giorni.