



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 6 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	NO
Asma grave	SI	NO
Mastocitosi	SI	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
Asma	SI	NO
Insufficienza cardiovascolare grave	SI	NO
Ipertensione grave (MdC iodato)	SI	NO
Ipertiroidismo (in fase di scompenso)	SI	NO
Insufficienza epatica grave	SI	NO
Diabete	SI	NO
Scompenso cardiaco	SI	NO
Tattamento in atto con farmaci (solo se uno di quelli sotto indicati): Metformina, Cisplatino, Acido Zoledronico	SI	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)

IDRATAZIONE

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

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 _{post} > 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.

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.