

T.A.C. CON MEZZO DI CONTRASTO

Note

I pazienti che devono sottoporsi ad esami di **T.A.C. con mezzo di contrasto** devono eseguire i seguenti esami:

- Azotemia
- Creatinina

Nel caso di sospetta gammopatia monoclonale in particolare con alterazione del rapporto Kappa/Landa è richiesta anche l'elettroforesi proteica.

Il giorno dell'esame il paziente deve presentarsi a digiuno dal cibo da almeno 5 ore, mentre può opportunamente idratarsi.

Se l'esame viene effettuato nel pomeriggio il paziente può effettuare una colazione leggera entro le ore 8.00 e poi a digiuno fino al momento dell'esame.

E' necessario presentare copia di cartelle cliniche di eventuali ricoveri e gli esami radiologici e le risposte precedentemente eseguiti nonché il modulo allegato debitamente compilato e firmato dal paziente e dal Medico curante.

MODULO PER RICHIESTA DI ESAME CON M.D.C. ORGANO – IODATO PER VIA INIETTIVA

All'Unità Operativa Radiologia

CognomeNome..... nato/a il

Ricoverato/a presso U.O..... Cartella n.....Ambulatoriale.....

Medico curante.....Recapito telefonico.....

Quesito clinico.....

Per la corretta valutazione clinico - anamnestica è indispensabile conoscere dati relativi a:

Comprovato rischio allergico	SI	NO
(Se si, specificare_____)		

Insufficienza epatica grave	SI	NO
-----------------------------	----	----

Insufficienza renale grave	SI	NO
----------------------------	----	----

Insufficienza cardio – vascolare grave	SI	NO
--	----	----

Anamnesi per mieloma	SI	NO
----------------------	----	----

Trattamento in atto con farmaci (beta – bloccanti, biguanidi, interleukina)	SI	NO
(Se si, specificare_____)		

Assunzione di alcool, droghe	SI	NO
------------------------------	----	----

(firma del Medico Curante)

CONSENSO INFORMATO

Informato dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimenti e delle eventuali complicanze e rischi connessi con l'esecuzione dell'indagineil paziente, ampiamente soddisfatto dell'informazione e dei chiarimenti ricevuti dal dott..... dichiara di acconsentire allo svolgimento della stessa.

Firma del paziente o del titolare del consenso

Ai sensi della Circolare del Min. della Salute del 17/9/97, preso atto delle informazioni assunte direttamente dal paziente dei dati clinico-anamnestici raccolti dal medico curante, dal quesito clinico e dall'indagine richiesta, si ritiene di procedere all'esame _____ con il M.D.C._____

N.B. La consultazione preventiva con l'anestesista è opportuna nei pazienti a rischio così come specificati nella circolare del Min. della Salute del 17/9/97 (comprovato rischio allergico, gravi forme di insufficienza epatica o renale o cardiovascolare, paraproteinemia di Walderstrom o mielosa multiplo).

Consultazione preventiva effettuata con anestesista: SI / NO

Firma dell'anestesista: _____

Data: _____

Firma del Medico Radiologo: _____