

71100 Foggia  
Via Isonzo 31  
Tel 0881 723236/708501  
Fax 0881 561035

## **SEMPLICI INFORMAZIONI SULL'UTILIZZO E FINALITA' DI SOMMINISTRAZIONE DI M.D.C.**

Una prassi adeguatamente corretta sotto il profilo deontologico, attribuisce fondamentale importanza alla preventiva informazione di ogni atto diagnostico o medico – chirurgico che ci si appresti a produrre a favore di ogni paziente. Conseguentemente, il paziente debitamente e consapevolmente edotto sugli eventuali e/o imprevedibili rischi che l'indagine comporta, ne autorizza l'espletamento.

Talune indagini di diagnostica per immagini (TAC-UROGRAFIA), richiedono la somministrazione di mezzo di contrasto iodato (M.D.C.) il cui scopo è quello di opacizzare alcuni organi e caratterizzarne le patologie in maniera differenziata.

La nostra struttura utilizza M.D.C. a basso peso molecolare, (condizione quest'ultima di peculiare importanza nel ridurre il rischio di eventuali reazioni idiosincrasiche – ALLERGIE), la cui somministrazione è affidata esclusivamente a Personale Medico ed Infermieristico, istituzionalmente preposto.

Tuttavia, seppure eccezionalmente, possono verificarsi reazioni avverse anche notevoli, pertanto La invitiamo, così come prescrivono le normative medico-legali, a compilare in ogni sua parte e soprattutto a sottoscrivere il seguente:

### **QUESTIONARIO**

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| - <b>Ha mai avuto fenomeni allergici stagionali o conseguenti l'assunzione di farmaci, alimenti, anestetici?</b>                   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| - <b>Ha mai effettuato esami radiologici con infusione endovenosa di mezzo di contrasto?</b>                                       | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| - <b>Ha avuto reazioni, anche lievi, durante o dopo l'esecuzione di indagini radiologiche con m.d.c. in precedenza effettuate?</b> | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| - <b>È affetto da ipertiroidismo?</b>  | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| - <b>È in stato presunto o accertato di gravidanza?</b>  | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| - <b>Ha eseguito terapia desensibilizzante come consigliato dalla struttura</b>  | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| - <b>Ha eseguito gli esami di laboratorio preliminari così come da protocollo</b>  | <b>SI</b> | <b>NO</b> |

### **CONSENSO INFORMATO**

**Il sottoscritto .....nato il.....  
a.....dovendo sottoporsi ad indagine TAC/UROGRAFIA**

### **DICHIARA**

**di essere stato sufficientemente informato sui rischi eventuali da infusione di m.d.c. e, consapevolmente, ne autorizza la somministrazione..**

**Addì.....**

**Firma dell'interessato o di chi ne ha la tutela**

Per presa visione

Il Medico \_\_\_\_\_