



PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO  
DELL'ORDINE OSPEDALIERO SAN GIOVANNI DI DIO  
FATEBENEFRATELLI  
**OSPEDALE BUON CONSIGLIO**  
VIA A. MANZONI, 220 - 80100 NAPOLI  
Tel 081/5981111

## **SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**

*Resp.: Dott. Fabio Sandomenico*

### **INFORMATIVA PER L'UTENTE ESTERNO PRIMA DELL'ESECUZIONE DI ESAME TC CON MEZZO DI CONTRASTO**

#### **Il paziente deve presentarsi a digiuno da almeno 6 ore.**

Può assumere i farmaci abituali che possono essere ingeriti con qualche sorso d'acqua, ad esclusione della *Metformina* (da sospendere un giorno prima e due giorni dopo l'esame sotto controllo del medico curante).

**Il paziente deve presentarsi con i seguenti esami: azotemia, creatinemia, glicemia, calcemia, elettrocardiogramma** con data non antecedente i 45 giorni dalla data di effettuazione dell'esame.

**Come viene eseguito l'esame:** le indagini radiologiche che prevedono l'utilizzo del mezzo di contrasto organo-iodato richiedono che il paziente sia a digiuno dal almeno 6 ore, ad esclusione dei farmaci abitualmente assunti. Il paziente verrà fatto sdraiare sul tavolo radiologico e gli verrà posizionato un ago in una vena dell'avambraccio, attraverso il quale verrà somministrato il mezzo di contrasto, nelle quantità necessarie alla valutazione del distretto corporeo da indagare e al quesito diagnostico. La procedura avrà una durata variabile, mediamente attorno ai 20 minuti. Al termine dell'esame il paziente verrà fatto scendere dal lettino, potrà rivestirsi e sarà tenuto in osservazione per circa mezz'ora; al termine del tempo di osservazione verrà tolto l'ago e potrà tornare alle sue normali occupazioni.

**Quali sono gli effetti avversi al mezzo di contrasto organo-iodato.** Durante l'iniezione del mezzo di contrasto il paziente avvertirà una sensazione di calore diffusa, ma passeggera. Come accade per tutti i farmaci, anche il mezzo di contrasto organo-iodato, utilizzato ormai da decenni in milioni di persone, ha migliorato la sua tollerabilità essendo oggi un prodotto sicuro, ma non totalmente esente da reazioni avverse, che possono essere:

1. Tossicità d'organo (renale, cardiovascolare, metaboliche) qualora vi siano alterazioni preesistenti;
2. Reazioni imprevedibili da lievi (nausea, reazioni cutanee localizzate) che non richiedono terapia, a gravi (shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardiorespiratorio).

**Pretrattamento farmacologico in caso di allergie.** In caso di precedenti reazioni allergiche lievi al mezzo di contrasto, asma, allergie in trattamento o precedenti reazioni gravi a farmaci o altre sostanze (es. puntura d'ape), il paziente deve eseguire terapia desensibilizzante prima dell'esame secondo il seguente schema:

1. Prednisone 25 mg (es. Deltacortene), 2 cp alle ore 23.00, ore 6.00, ore 10.00
2. Cetirizina 10 mg (es. Zirtec), 2 cp alle ore 10.00
3. Gastroprotettore (es. Ranitidina 150 mg, 2 cp)

In caso il paziente sia già in terapia steroidea, basterà somministrare Cetirizina 10 mg (es. Zirtec), 2 cp. La prescrizione di cui sopra è comunque sempre intesa salvo diverso parere del medico curante.



**Una adeguata idratazione - ove possibile - e' fondamentale per prevenire la nefrotossicità  
Eventuali pre-trattamenti farmacologici non prevengono in via assoluta i rischi suddetti  
Esibire la documentazione clinica e radiologica relativa alla problematica in corso**

Per qualsiasi informazione sulla preparazione all'esame contattare il Servizio di Radiologia N° tel. 081 5981419



PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO  
DELL'ORDINE OSPEDALIERO SAN GIOVANNI DI DIO  
FATEBENEFRATELLI  
**OSPEDALE BUON CONSIGLIO**  
VIA A. MANZONI, 220 - 80100 NAPOLI  
Tel 081/5981111

**SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**  
*Resp.: Dott. Fabio Sandomenico*

**CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI ESAME TC CON MEZZO DI CONTRASTO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

dichiaro di aver letto e ben comprese le informazioni relative alla procedura radiologica alla quale verrò sottoposto e di aver ricevuto risposte esaurienti ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame al quale sarò sottoposto, non è esente da rischi o eventi avversi, che mi sono stati spiegati e che ho ben compreso. Mi è stato inoltre comunicato che sono state messe in atto tutte le misure e le precauzioni per prevenire ogni eventuale complicanza. Pertanto

- ACCONSENTO** allo svolgimento dell'indagine con mezzo di contrasto.
- NON ACCONSENTO** allo svolgimento dell'indagine con mezzo di contrasto.

**Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale)**

\_\_\_\_\_

**DA COMPILARE A CURA DEGLI UTENTI CON ANAMNESI ALLERGICA CHE HANNO ESEGUITO PREMEDICAZIONE**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

dichiaro di aver effettuato la premedicazione secondo lo schema che mi è stato fornito.

**Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale)**

\_\_\_\_\_

**DA VALIDARE A CURA DEL MEDICO RADIOLOGO**

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma del Medico Radiologo \_\_\_\_\_