

Dipartimento di Oncologia Radioterapica e di Diagnostica per immagini

STRUTTURA OPERATIVA DI RADIOLOGIA

Direttore: dr. Luca Balestreri
Segreteria direttore 0434 – 659570
Segreteria appuntamenti Tac – Risonanza Magnetica tel.: 0434-659650 dalle 13:00 alle 15:30
Fax: 0434 – 659505
e-mail: radiologia@cro.it

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA ECOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO
SINTESI INFORMATIVA

CHE COS'E'

E' una normale ecografia associata all'utilizzo di mezzo di contrasto (MDC) specifico eco amplificatore.

A COSA SERVE

L'ecografia è una tra le più comuni e sicure procedure diagnostiche, basata sull'utilizzo degli ultrasuoni per visualizzare ed esaminare varie strutture anatomiche.

Lo scopo di utilizzare un mezzo di contrasto specifico è quello di ottenere una diagnosi più precisa ed eventualmente fungere da guida per procedure interventistiche.

COME SI EFFETTUA

Il mezzo di contrasto utilizzato in ecografia è costituito da una soluzione contenente piccole bollicine che racchiudono al loro interno un gas inerte. Viene iniettato per via endovenosa attraverso un piccolo catetere posto a livello di una vena del braccio e rimane in circolo per circa 15-20 minuti, un periodo sufficiente a migliorare l'immagine ecografica degli organi e dei vasi sanguigni esplorati per ottenere maggiori informazioni.

L'esame non è doloroso.

COSA PUO' SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Raramente possono presentarsi reazioni di tipo allergico con sintomi quali reazioni cutanee, diminuzione della frequenza cardiaca e diminuzione della pressione che in qualche caso hanno portato a perdita di coscienza. Tali eventi possono essere particolarmente seri, anche con rischio di vita, specialmente se si verificano in pazienti con patologia cardiaca grave.

La maggior parte di questi eventi è di lieve entità e si risolve spontaneamente, senza conseguenze. Le reazioni allergiche gravi sono estremamente rare.

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

La presenza di stato di gravidanza, di malattie cardiocircolatorie, l'ipersensibilità nei confronti di alcuni farmaci o altre eventuali ulteriori manifestazioni allergiche devono essere rese note al Medico che esegue l'indagine.

Non è necessario sospendere alcun farmaco normalmente assunto prima di effettuare l'esame.

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI ECOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO (MDC)

Dichiarante

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

residente in _____ Via _____

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore.....

(2) in qualità di tutore del paziente.....

Informato/a dal Prof./Dott. _____

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente ECOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO (CEUS) (per la quale è garantita la riservatezza dei dati personali utilizzabili per eventuali studi o pubblicazioni scientifiche).

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto l'indagine proposta

rifiuto l'indagine proposta

Medico radiologo _____

Eventuale interprete _____

Eventuali testimoni _____

Data _____ Firma del paziente _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI

NO

Firma della Paziente _____

Firma del Medico Radiologo _____

Firma di un testimone IP o TSRM

Data _____

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data _____ Firma del paziente _____