


CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MDC PARAMAGNETICO

Se si ritiene che l'esame possa prevedere la **somministrazione di mezzo di contrasto contenente gadolinio**, è indispensabile indicare se:

⇒ **NON RISULTA** / **RISULTA** la presenza di **insufficienza renale moderata o grave** (concausa di sclerosi nefrogenica sistemica). In caso di dubbio anamnestico-clinico, entro 30 gg prima dell'esame RM, è necessario il dosaggio della creatininemia il cui risultato deve essere portato in visione dal Paziente al momento dell'esecuzione dell'esame RM.

Se risulta insufficienza renale moderata o grave, indicare:

moderata (GFR 30-45 ml/min/1,73 m²) **grave (GFR <30 ml/min/1,73 m²)**

⇒ **NON RISULTA** / **RISULTA** la presenza dei seguenti fattori di rischio di reazione avversa al MDC : storia di **pregressa reazione allergica al MDC o di anafilassi idiopatica, mastocitosi, asma bronchiale sintomatico, orticaria in atto, angio-edema ricorrente** ed in particolare indicare:

*In tale evenienza, si consiglia una **consulenza allergologica**. Qualora non fosse possibile accedere alla consulenza in tempi utili, a meno di controindicazioni, si propone di attuare **terapia desensibilizzante** secondo il seguente schema:*

Profilassi da praticare ai Pazienti con rischio allergico

- 13 ore prima: prednisone (Deltacortene Forte[®]) 50 mg per os
- 7 ore prima: prednisone 50 mg per os
- 1 ora prima: prednisone 50 mg per os e ebastina (Kestine[®]) 10 mg per os

NOTA BENE:

L'allergia ai molluschi, crostacei, pesci o altri alimenti **non è da considerarsi** un fattore di rischio per reazioni da ipersensibilità a MdC. Anche l'allergia ad altre categorie di farmaci **non è da considerare** un fattore di rischio per tali reazioni.

Per gli esami con l'utilizzo del mezzo di contrasto è necessario **PRESENTARSI IL GIORNO DELL'ESAME A DIGIUNO DA ALMENO 6 ORE e NON SOSPENDERE EVENTUALI TERAPIE FARMACOLOGICHE IN ATTO, SALVO DIVERSA INDICAZIONE MEDICA.**

Firma del Medico Richiedente _____

Il Paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico responsabile dell'esame (diagnostico) della valutazione dei rischi correlati/beneficio diagnostico, ne acconsente la somministrazione.

Firma del Paziente (*) _____

Data: _____

(*) In caso di Paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci