

IRCCS AOU San Martino – IST	CONSENSO INFORMATO AZIENDALE	CONSAZDSE_0005		
	Esecuzione di esame ecografico con uso di mezzo di contrasto a base di microbolle	Rev. 0	Data 21/10/2010	Pag. 1 di 1

Generalità pz, data esecuzione e tipo esame (se possibile, posizionare etichetta adesiva)

Sig.a.....

Nata a.....il

Oppure C.F.....

esegue oggi:.....

Il seguente esame.....

L'esame deve essere eseguito con introduzione endovena di mezzo di contrasto a base di microbolle.

Il/La paziente è stato/a dal Dr....., ampiamente ed esaurientemente informato/a sui rischi relativi all'esecuzione dell'esame in oggetto in rapporto all'uso di mezzo di contrasto a base di microbolle.

I mezzi di contrasto a base di microbolle attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri e sono stati somministrati a milioni di pazienti, ma occasionalmente possono dare dei problemi.

I tipi di reazioni che si manifestano in casi sporadici sono:

- 1) Reazioni lievi, vertigini, parestesie, sensazione di calore, rash cutanei, malessere aspecifico, lieve dispnea.
- 2) Reazioni medie, che possono necessitare di terapia medica, come ipotensione, sudori freddi, prurito, edema diffuso o periorale. La probabilità che reazioni lievi o medie si verificano è circa di 1/1000 pazienti (0,1 %)
- 3) Reazioni severe: queste reazioni richiedono terapia medica e possono portare al ricovero. Comprendono, ad esempio, difficoltà respiratorie gravi, broncospasmo, ipotensione, battiti cardiaci irregolari, annebbiamento della coscienza. La probabilità che si verifichi una reazione di questo tipo è di circa 8/100000 pazienti (0.0086 %).

Assai raramente, come succede con molti farmaci, i mezzi di contrasto possono causare il decesso;

la probabilità che ciò avvenga non è stata calcolata; i casi riportati sono del tutto sporadici e si sono verificati in pazienti con gravi alterazioni coronariche o grave instabilità cardiaca.

ATTO DI CONSENSO

Essendo stato/a informato/a dei rischi connessi all'esecuzione dell'esame in oggetto, essendo stata soddisfatta ogni mia ulteriore richiesta di informazione ed avendo avuto il tempo necessario a riflettere:

ACCONSENTO

ad essere sottoposto/a a tale procedura ecografica con la tecnica che il radiologo riterrà più opportuna in relazione al mio caso clinico.

Firma Paziente	Firma e timbro Medico	Data
----------------	-----------------------	------

Redatto Dipartimento Tecnologie Radiologiche	Controllato Unità di Gestione del Rischio	Approvato Direzione Sanitaria Aziendale
---	--	--