



## Foglio Informativo per il Paziente

# Tomografia computerizzata

Gentile paziente,  
il Suo medico curante ci ha richiesto l'esecuzione di un esame di tomografia computerizzata (TAC).  
Vogliamo fornirLe alcune informazioni sul tipo di esame e sulle possibili complicazioni che nonostante tutte le precauzioni potrebbero verificarsi.

### **Esecuzione dell'esame**

Con la Tomografia computerizzata si studiano vari distretti corporei nei quali viene ipotizzata la presenza di una patologia.

Durante l'esecuzione della maggior parte degli esami TAC è necessaria l'iniezione di un farmaco (mezzo di contrasto) attraverso una vena del braccio per ottenere una migliore visualizzazione degli organi oggetto di studio al fine di formulare una diagnosi. Per lo studio di alcuni distretti (es. addome) potrebbe venirLe chiesto di bere un liquido (acqua o mezzo di contrasto).

Durante o immediatamente dopo l'iniezione del mezzo di contrasto vengono acquisite le immagini tomografiche.

L'intero esame dura in genere meno di 30 minuti. Terminato l'esame Le verrà chiesto, per motivi precauzionali, di trattenerSi in sala d'attesa per almeno altri 30 minuti, dopodiché potrà lasciare l'ospedale.

Per facilitare l'eliminazione del mezzo di contrasto, Le consigliamo di bere molto (acqua, tea...) nelle ore successive l'esame.

Qualora dovesse accusare qualche disturbo durante o immediatamente dopo l'esecuzione dell'esame, informi senza indugio il personale medico o tecnico-infermieristico della radiologia.

### **Possibili effetti collaterali e complicitanze**

La dose di radiazione media assorbita durante una tomografia computerizzata è relativamente maggiore rispetto ad un esame radiologico convenzionale. Il rischio di sviluppare un tumore indotto dalle radiazioni non può essere quantificato individualmente (indicativamente: uno studio TAC dell'addome equivale alla dose media assorbita di radiazione naturale proveniente dal suolo in 3 anni).

In ogni caso, l'indicazione per un esame TAC dev'essere posta da un medico dopo aver valutato se l'elevato livello di informazioni ottenute superi il basso rischio di un possibile danno indotto dalle radiazioni. Le informazioni relative alla Sua esposizione a radiazioni ionizzanti saranno riportate nella documentazione radiologica.

Non si prevedono complicitanze per gli esami eseguiti senza mezzo di contrasto.

Le **complicitanze** durante l'esecuzione di un esame TAC con mezzo di contrasto sono rare ma possono verificarsi nonostante tutte le precauzioni possibili.

L'iniezione del mezzo di contrasto avviene attraverso un iniettore automatico; eccezionalmente può avvenire una fuoriuscita del mezzo di contrasto nei tessuti circostanti la vena; in tal caso il personale provvederà all'applicazione di un apposito impacco.

Le **reazioni** più frequenti sono di **grado minore** e non richiedono alcun trattamento farmacologico: vampata di calore, nausea, vomito, orticaria circoscritta.

Le reazioni di **grado severo** sono rare, richiedono una terapia medica ed eventualmente il ricovero: orticaria diffusa, difficoltà respiratoria, disturbi cardio-circolatori.

Le complicitanze che comportino **pericolo per la vita** o necessità di ospedalizzazione sono estremamente rare (shock anafilattico); in casi del tutto eccezionali, come avviene con altri farmaci, i mezzi di contrasto possono causare decesso.

Krankenhaus Bozen | Tel. 0471 908494 | Fax 0471 908908 | radiologia.bz@sabes.it

Krankenhaus Brixen | Tel. 0472 813150 | Fax 0472 813159 | radio.bx@sabes.it

Krankenhaus Bruneck | Tel. 0474 581250 | Fax 0474 581251 |

roentgendiagnostik-bruneck@sabes.it

Krankenhaus Meran | Tel. 0473 263070 | Fax 0473 264684 | rad-me@sabes.it

Krankenhaus Innichen | Tel. 0474 917090 | Fax 0474 917091 |

rx\_tech.inn@sabes.it

Krankenhaus Schlanders | Tel. 0473 735020 | Fax 0473 735861 |

rad-schl@sabes.it

Krankenhaus Sterzing | Tel. 0472 774412 | Fax 0472 774479 | radio.st@sabes.it

http://www.sabes.it

Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen

St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Ospedale Bolzano | Tel. 0471 908494 | Fax 0471 908908 | radiologia.bz@sabes.it

Ospedale Bressanone | Tel. 0472 813150 | Fax 0472 813159 | radio.bx@sabes.it

Ospedale Brunico | Tel. 0474 581250 | Fax 0474 581251 |

roentgendiagnostik-bruneck@sabes.it

Ospedale Merano | Tel. 0473 263070 | Fax 0473 264684 | rad-me@sabes.it

Ospedale di S. Candido | Tel. 0474 917090 | Fax 0474 917091 |

rx\_tech.inn@sabes.it

Ospedale Silandro | Tel. 0473 735020 | Fax 0473 735861 |

rad-schl@sabes.it

Ospedale di Vipiteno | Tel. 0472 774412 | Fax 0472 774479 | radio.st@sabes.it

http://www.asdaa.it

Ragione sociale: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano

Cod. fisc./P. IVA 00773750211

Le chiediamo di comunicare tempestivamente al medico:

- **Se ha subito una pregressa reazione allergica o simil-allergica a seguito di un'indagine con la medesima classe di MdC da impiegare (per es., a base di gadolinio o di iodio);**
- **Se soffre di asma bronchiale o orticaria-angioedema non controllati dalla terapia farmacologica;**
- **Se soffre di mastocitosi;**
- **Se soffre di anafilassi idiopatica (ovvero storia di episodio/i di anafilassi in cui non è riconoscibile la causa scatenante)**

A seguito di queste informazioni Le chiediamo di non allarmarsi poiché siamo tenuti ad informarla sui possibili rischi dell'esame nella tutela dei suoi diritti personali ed al fine di migliorare il rapporto di fiducia tra paziente e medico.

**Da osservare con attenzione!**

Rimanere a digiuno 4 ore prima dell'esame. Può assumere acqua o the ed eventuali medicine. È pregato/a di presentarsi puntualmente presso lo sportello accettazione del reparto di Radiologia. In caso fosse impossibilitato/a a presentarsi nella data e ora prestabiliti Le chiediamo di disdire l'appuntamento in tempo utile.

Da portare all'esame:

- tessera sanitaria e documento d'identificazione;
- impegnativa con indicazione dell'esame richiesto ed il preciso quesito clinico;
- foglio informativo firmato dopo il colloquio informativo con il medico;
- eventuali radiografie precedenti del tratto in esame in Suo possesso
- **foglio richiesta esame con mezzo di contrasto.**

**Consenso informato**

*Da firmare dopo il colloquio informativo con il medico*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

- In qualità di esercente la potestà sul minore \_\_\_\_\_
- In qualità di tutore del paziente \_\_\_\_\_

dichiara di essere stato/a informato/a esaurientemente dal dott./ssa \_\_\_\_\_, in termini ed in modi a me comprensibili, sull'indagine radiologica in oggetto. Ho potuto porre al medico le domande che ritenevo importanti, in particolare per quanto riguarda rischi ed eventuali complicazioni cui posso incorrere. Mi è stato concesso un tempo ragionevole per la riflessione, in seguito alla quale dichiaro di non avere ulteriori domande, di essere completamente d'accordo e consapevole della necessità di questo esame per la mia salute e di sottopormi volontariamente all'indagine radiologica in oggetto.

**Preso visione delle informazioni relative all'indagine TAC in oggetto:**

**accetto l'indagine proposta**       **rifiuto l'indagine proposta**

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma del/la Paziente

Firma del Medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_