Valmontone Hospital spa	Sede legale ed operativa Via dei Lecci snc – 00038 Valmontone (RM)	MOD c.p. 08 Rev.00 Data:15/12/15
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA'	Pagina 1 di 1

MODULO RICHIESTA TAC CARDIACA

Le indicazioni presenti in questa informativa permettono di eseguire un esame della massima qualità diagnostica e di rispettare le vigenti linee guida internazionali per la sicurezza del paziente.

Cardio-TC: REQUISITI DEL PAZIENTE E LIMITI DELLA METODICA

• La Cardio-TC è una metodica che permette di ottenere un'accurata valutazione dell'albero coronarico e delle strutture cardiache in modo non invasivo.

• Questa metodica ha delle limitazioni tecniche che non permettono di effettuare l'esame a tutti i pazienti. Infatti, per acquisire un esame della massima qualità diagnostica il paziente deve rispettare i seguenti requisiti:

- La Frequenza Cardiaca DEVE essere inferiore ai 60 battiti per minuto (bpm).
- La Frequenza Cardiaca DEVE essere regolare.
- L'esame non pu essere effettuato se il Pz è affetto da:

✓ Extrasistoli;

✓ Fibrillazione atriale con risposta ventricolare irregolare;

✓ Bi- o trigeminismo ventricolare;

✓ Aritmie maggiori.

COSA FARE PRIMA DELL'ESAME

• È necessario che l'indicazione all'esame di Cardio-TC sia confermata dal vostro Cardiologo o dal vostro Medico Curante.

• Se la Vostra Frequenza Cardiaca è superiore a 60 bpm è necessario effettuare una preparazione, nei giorni precedenti l'esame, con farmaci (es. Beta Bloccanti o Calcio Antagonisti) che riducono la Frequenza Cardiaca. Questa preparazione deve essere prescritta dal Vostro Cardiologo o Medico Curante di riferimento. Se la Frequenza Cardiaca al momento dell'esame non dovesse essere sufficientemente bassa si provvederà ad una bradicardizzazione farmacologica prima dell'acquisizione dell'esame.

• Si consiglia di non assumere, nei due giorni precedenti l'esame, sostanze che contengano caffeina o altri eccitanti (es. Caffè, Tè, Cocacola, Energy Drink, Cioccolata, ecc.).

• Per un miglior controllo della frequenza cardiaca potrebbe essere necessaria la somministrazione di farmaci sedativi (per ridurre la componente emotiva).

• È consigliabile di venire accompagnati dato che la somministrazione dei suddetti farmaci possono ridurre le capacità di guida.

Note per il Paziente:

Si raccomanda di presentarsi all'accettazione 30 minuti prima dell'orario di prenotazione per eseguire l'esame richiesto, portando l'esito degli esami ematochimici ed eventuale documentazione clinica di visite/esami precedenti inerenti alla prestazione prenotata.

Qualora il paziente fosse impossibilitato ad eseguire l'esame si prega cortesemente di annullare la prenotazione di persona presso i nostri sportelli o ai seguenti recapiti:

- E-mail prenotazioni@valmontonehospital.it
- Fax 0699331403

Il tutto almeno 24 ore prima dell'esame.

Si raccomanda di essere a digiuno da almeno 8 ore.

Con l'occasione Le porgiamo cordiali saluti.

Il direttore tecnico

Dr. Ssa Michela Celestre

Valmontone Hospital spa	**Sede legale ed operativa Via dei Lecci snc – 00038 Valmontone (RM)**	MOD c.p. 11 **Rev.00** **Data:15/12/15**
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA'	**Pagina 1 di 1**

NORME DI PREPARAZIONE PER ESAME CARDIO TC

Per esami di TC cardiaca con mezzo di contrasto presentarsi a digiuno **da almeno 8 ore** (è consentito comunque bere acqua fino a due ore prima dell'esame) con al seguito:

- **Modulo consenso informato TC** compilato dal medico curante
- Esami ematochimici non antecedenti i **30 giorni**: CREATININEMIA, ELETTROFORESI CON PROTIDOGRAMMA, GLICEMIA.
- ECG non antecedente i **3 mesi**
- Eventuali accertamenti precedenti e cartelle cliniche inerenti l'indagine prenotata

N.B.: Si raccomanda di NON SOSPENDERE le terapie farmacologiche abituali ad eccezione della Metformina che deve essere sospesa 24 ore prima dell'esame e ripresa non prima di 48 ore dopo l'esame.

Con l'occasione Le porgiamo cordiali saluti.

Il direttore tecnico

Dr.ssa Michela Celestre

Valmontone Hospital spa	Sede legale ed operativa: Via dei Lecci snc – 00038 Valmontone(RM)	MOD c.p. 10
		Rev.00
		Data:15/12/2015
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA'	Pagina 1 di 1

MODULO PER RICHIESTA DI ESAME CON M.D.C. ORGANO-IODATO PER VIA INIETTIVA

ALL'UNITÀ OPERATIVA DI RADIOLOGIA

Cognome ..... Nome ..... Nato/a il .....

Ricoverato/a c/o U.O. ..... Cartella numero ..... Ambulatoriale .....

Medico curante ..... Recapito telefonico .....

Quesito clinico .....

Indagine proposta .....

Per la corretta valutazione clinico-anamnestica è indispensabile conoscere dati relativi a:

Comprovato rischio allergico a mdc o ad altre sostanze (Se SI, specificare .....)	SI	NO
Insufficienza renale	SI	NO
Insufficienza epatica grave	SI	NO
Insufficienza cardio-vascolare grave	SI	NO
Diabete	SI	NO
Anamnesi per mieloma	SI	NO
Trattamento in atto con farmaci (beta-bloccanti, biguanidi, interleukina, FANS) (Se SI, specificare .....)	SI	NO
Assunzione di alcool, droghe	SI	NO

.....
Firma del Medico Curante/Prescrivente

Preso atto delle informazioni assunte direttamente dal paziente, dei dati clinico-anamnestici raccolti dal Medico Prescrivente/Curante, del quesito clinico e dell'indagine proposta, si ritiene/non si ritiene

di procedere all'esame ..... con il m.d.c. .....

di procedere ad ulteriori accertamenti .....

N.B. La consultazione preventiva con l'Anestesista è opportuna nei pazienti a rischio (comprovato rischio allergico a mdc o ad altre sostanze, asma, gravi forme di insufficienza epatica o renale o cardio-vascolare, paraprotinemia di Waldestrom o mieloma multiplo).

Consultazione preventiva con l'Anestesista effettuata SI NO

Prescrizioni dell'Anestesista .....

.....

..... data ..... Firma dell'Anestesista

CONSENSO INFORMATO

Informato dell'indicazione clinica, delle modalità di svolgimento e delle eventuali complicanze e rischi connessi con l'esecuzione dell'indagine ..... il paziente, ampiamente soddisfatto delle informazioni e dei chiarimenti ricevuti dal Prof./Dott. ..... dichiara – *sbarrare 1) o 2) –*

1) di acconsentire allo svolgimento dell'indagine .....

2) di non acconsentire allo svolgimento dell'indagine .....

.....
Firma del paziente o del titolare del consenso

..... data ..... Firma del Medico Radiologo

TRATTAMENTO PREVENTIVO REAZIONE AVVERSA AI MEZZI DI CONTRASTO

- ZIRTEC una compressa ogni sera, tre giorni prima e tre giorni dopo l'esame

- URBASON 40 mg una fiala im. 12 ore prima dell'esame.

- TRIMETRON una fiala ev. un ora prima dell'esame (verrà somministrata dall'infermiere del reparto).

- URBASON 60 mg una fiala ev. mezz'ora prima dell'esame (verrà somministrata dall'infermiere del reparto).

- FAMODIL 20 mg (protezione gastrica) una compressa mattino e sera tre giorni prima e tre giorni dopo l'esame.

Il medico anestesista