



Regione Siciliana  
Azienda Ospedaliero Universitaria  
Policlinico "G.Rodolico - San Marco"  
Catania

## Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radioterapia

### FOGLIO INFORMATIVO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA RADICOLOGRAFIA

#### DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI SOGGETTI TITOLARI:

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> GENITORI<br>(se paziente minorenne) | <input type="checkbox"/> TUTORE <input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO <input type="checkbox"/> FIDUCIARIO |
|--|---|

#### SOGGETTO 1:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### SOGGETTO 2:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### CHE COSA È?

Un esame diagnostico che utilizza radiazioni ionizzanti ai fini di studiare l'anatomia delle radici spinali della colonna vertebrale e, pertanto, in grado di evidenziare un'eventuale patologia. Con le informazioni ottenute è possibile pianificare in modo preciso la terapia più adatta nelle singole situazioni (es. chirurgica o interventistica). Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso.

#### A COSA SERVE?

Questo esame consente di effettuare numerosi rilievi di ordine anatomico e patologico. Le sue indicazioni principali sono rappresentate dalle sindromi compressivo radicolari, permettendo di evidenziare la presenza della patologia e il suo livello, non-ché tale esame può ragionevolmente suggerire, pur con dei limiti, la natura di tali compressioni.

#### COME SI EFFETTUA?

La radicografia è un esame radiologico che si basa sull'introduzione di mezzo di contrasto iodato idrosolubile nello speco vertebrale, con conseguente opacizzazione del sacco durale e delle porzioni prossimali delle radici emergenti a livello.

#### COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Le complicate riportate sono rare:

- Dolore.
- Ematomi locali.
- Reazioni vagali con nausea, caduta della pressione arteriosa e/o della frequenza cardiaca, pancreatite acuta di varia entità.



Regione Siciliana  
Azienda Ospedaliero Universitaria  
Policlinico "G.Rodolico - San Marco"  
Catania

## Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radioterapia

E' altresì possibile la comparsa di effetti collaterali rari ed imprevedibili, non segnalati (generalmente di lieve-media entità) e l'aumento di probabilità di comparsa degli effetti collaterali segnalati, per patologie concomitanti e l'esecuzione di altri trattamenti (farmacologici, chemioterapici etc.).

L'équipe è in grado di fornire la migliore assistenza possibile in tutti questi casi.

In casi del tutto eccezionali sono riportati in letteratura (articoli scientifici) casi di decesso, in particolare correlati alle condizioni generali gravi del paziente.

### PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

Per l'esecuzione di un esame angiografico (che prevede l'utilizzo del mezzo di contrasto) è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore (con l'esclusione di acqua e dei farmaci abitualmente utilizzati che devono essere comunque assunti in assenza di diverse precise indicazioni). E' necessario sospendere l'uso di terapia antiaggregante e/o anticoagulante con timing variabile a seconda della molecola utilizzata; mentre non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete). Dopo la procedura si raccomanda la permanenza a letto che può variare da 6 a 24 ore.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

### QUESTIONARIO SPECIFICO

La paziente dichiara all'operatore che raccoglie il presente consenso quanto segue:

È in stato di gravidanza certa o presunta?

sì  no

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del paziente / genitori  
tutore / amministratore di sostegno / fiduciario

Firma del Medico