

PREPARAZIONE PER INDAGINI RADIOLOGICHE CON MEZZI DI CONTRASTO VIA EV.

Il paziente è invitato ad attenersi scrupolosamente alle norme riportate.

Il giorno dell'esame con Mezzo di Contrasto presentarsi **a digiuno da almeno 6 ore** e portare in visione i **risultati** dei seguenti **esami, eseguiti da non più di un mese:**

- **CREATININA**
- **FILTRATO GLOMERULARE**

Portare con sé gli esami radiologici precedenti e la richiesta medica che definisca l'esame e la relativa indicazione (non più vecchia di 3 mesi).

Il paziente deve essere adeguatamente idratato (bere molta acqua) il giorno prima e fino a 24 ore dopo l'esame.

I pazienti con insufficienza renale e/o diabete devono portare il documento sottostante dove viene richiesta la relazione del medico che ha prescritto l'esame oggetto della prenotazione.

I pazienti con allergie note ai farmaci e in particolar modo ai mezzi di contrasto devono seguire il percorso dedicato che prevede la consegna delle istruzioni per la premedicazione.

INFORMATIVA PER PAZIENTI DIABETICI e/o con FUNZIONALITA' RENALE COMPROMESSA CHE DEVONO ESEGUIRE ESAMI CON MEZZI DI CONTRASTO VIA EV.

La invitiamo a condividere e completare questo foglio informativo con il proprio medico prescrittore al fine della corretta valutazione e preparazione per gli esami richiesti.

In accordo con le linee guida internazionali e i dati riportati nella recente letteratura specialistica segnaliamo al Medico Curante il **comprovato effetto di incremento del rischio di acidosi lattica legato all'uso dei mezzi di contrasto iodati (Mdc) per via sistemica nei pazienti diabetici non insulino dipendenti in trattamento con ipoglicemizzanti orali (es. metformina)**. Questo dato, pur non costituendo di per sé una controindicazione assoluta all'esecuzione dell'indagine contrastografica, determina la necessità di intraprendere un percorso clinico specifico (che sintetizziamo nello schema successivo) in cui è indispensabile la collaborazione del Medico Curante e del Medico Radiologo. Nei pazienti in oggetto si possono verificare diverse condizioni cliniche legate alla funzionalità renale (che deve essere valutata prima dell'indagine radiologica con MDC).

ALL'ATTENZIONE DEL MEDICO PRESCRITTORE e DEI MEDICI DEL CMS:

- 1) se il valore di GFR è maggiore di 60 ml/min/1.73 m², il paziente può continuare ad assumere la Metformina.
- 2) se il valore di GFR è tra 30 e 60 ml/min/1.73 m², il paziente deve sospendere la Metformina 48 h prima dell'esecuzione dell'esame Tc con mdc e riprendere il farmaco dopo 48 h dall'esecuzione dell'esame con mezzo di contrasto.
- 3) se il valore del GFR è meno di 30 ml/min/1.73 m², l'esame con mdc non deve essere eseguito.

Inoltre:

a) Normale funzionalità renale: l'esame radiologico con MDC può essere effettuato ma l'assunzione di metformina va sospesa dal momento dell'esame per le successive 48 ore e ripresa solo dopo aver verificato che i parametri della funzionalità renale (Creatininemia in particolare) non si sono modificati in senso patologico.

b) Funzionalità renale compromessa: l'esame radiologico con MDC non può essere effettuato se non dopo 48 ore di sospensione della terapia con metformina. Come nel caso a) il farmaco può essere riassunto solo dopo aver verificato che i parametri della funzionalità renale (Creatininemia in particolare) non si sono modificati in senso patologico.

Le linee guida riguardo il valore del GFR sopra elencate, si riferiscono anche ai pazienti diabetici in terapia con altri ipoglicemizzanti orali.

In tutti i casi il paziente deve essere adeguatamente idratato (bere molta acqua) il giorno prima e fino a 24 ore dopo l'esame mediante.

E' necessario monitorare il paziente per l'insorgenza di sintomi di acidosi lattica (vomito, sonnolenza, nausea, dolore epigastrico, iperpnea, diarrea e sete) ed eventualmente ricorrere alle cure ospedaliere.

RELAZIONE DEL MEDICO PRESCRITTORE:

Il paziente

COGNOME e NOME	
Nato/a a	
In data	

Medico Inviante _____

Indagine richiesta _____

Sospetto clinico per cui si richiede l'indagine radiologica _____

Anamnesi paziente _____

Fattori di Rischio _____

Creatininemia (valore non antecedente ai 30 gg)

Filtrato Glomerulare (valore non antecedente ai 30 gg)

Eventuale modifica di terapia e/o preparazione suggerita:

Data _____

Firma del Medico Prescrittore _____

Recapito telefonico/mail del medico _____