

## NOTA INFORMATIVA

### ECOGRAFIA CON MEZZO DI CONTRASTO

**( DA LEGGERE E COMPILARSI A CURA DEL PAZIENTE E DEL MEDICO RICHIEDENTE )**

L'ecografia in oggetto prevede l'iniezione del mezzo di contrasto SonoVue®. L'intera procedura durerà circa 15 – 20 minuti. Per i 30 minuti successivi all'ultima iniezione di SonoVue® il/la paziente sarà tenuto/a sotto osservazione per verificare l'eventuale comparsa di disturbi.

SonoVue® è un mezzo di contrasto per l'ecografia, costituito da una soluzione contenente piccole bollicine che racchiudono al loro interno un gas inerte (esafluoruro di zolfo [SF6]). SonoVue® è iniettato per via endovenosa e rimane in circolo per un periodo sufficiente a migliorare l'immagine ecografica degli organi e dei vasi sanguigni esplorati.

Dalla sua commercializzazione nell'Ottobre 2001, SonoVue® è stato somministrato a circa 150.000 pazienti. Durante questo periodo sono stati riportati rari casi (approssimativamente 0,01%) di reazioni di tipo allergico con sintomi quali reazioni cutanee, diminuzione della frequenza cardiaca e grave diminuzione della pressione .

Tali eventi possono essere particolarmente seri, anche con rischio di vita, specialmente se si verificano in pazienti con patologia cardiaca grave.

Per tale motivo SonoVue® è controindicato nei pazienti affetti da malattia coronarica acuta di recente insorgenza o da ischemia cardiaca clinicamente instabile quali: infarto del miocardio in corso o in evoluzione, angina tipica a riposo negli ultimi 7 giorni, insufficienza cardiaca acuta, insufficienza cardiaca cronica di classe III e IV. Inoltre SonoVue è controindicato nei casi noti di shunt destro/sinistro, grave ipertensione polmonare ed ipertensione sistemica non controllata.

Le altre reazioni osservate sono state mal di testa (1,3%), reazioni in sede di iniezione (arrossamento, gonfiore, dolore) nausea, dolore toracico, alterazione del gusto, formicolio, sensazione di calore con rossore. La maggior parte di queste reazioni è stata di lieve entità e si è risolta senza conseguenze.

### PER IL MEDICO RICHIEDENTE

Si dichiara che il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Non è affetto/a da:

- ◆ malattia coronarica nota, infarto del miocardio, angina instabile, insufficienza cardiaca acuta o cronica di classe III e IV, aritmia di grado severo, shunts cardiaco destro-sinistro, endocarditi acute e protesi valvolari cardiache, grave ipertensione polmonare (Pressione in arteria polmonare > 90 mmHg), ipertensione sistemica non controllata, sindrome da distress respiratorio dell'adulto.
- ◆ patologia polmonare clinicamente significativa, inclusa la broncopneumopatia cronica ostruttiva grave. Non necessita di ventilazione respiratoria.
- ◆ flogosi sistemica acuta e/o sepsi, stati ipercoagulativi e/o malattia tromboembolica non cardiaca recente, nefropatia oppure epatopatia in fase terminale.
- ◆ neuropatia instabile.

Si dichiara altresì che la Paziente non è in stato di gravidanza né in fase di allattamento.

Data \_\_\_\_\_

Il Medico richiedente

Il Paziente

-----

-----



## CONSENSO INFORMATO

( DA COMPILARSI A CURA DEL PAZIENTE E DEL MEDICO RADIOLOGO )

**Tutto ciò premesso, il/la Sottoscritto/a .....**, con la presente **dichiara** di aver letto e compreso quanto esposto nel presente modulo e di aver ricevuto dal **Dott..... (in stampatello)** ogni ulteriore informazione in merito **e di essere, conseguentemente, in grado di esprimere una consapevole scelta.**

***Alla luce di quanto esposto il/la Sottoscritto/a dichiara di***

## ACCETTARE

**DI ESSERE SOTTOPOSTO ALLA SEGUENTE PROCEDURA**

Tipo di esame/intervento

Firma del paziente

.....

.....

**Data.....**

**Firma del Medico Radiologo : Dott.. .....**