
 ASP AGRIGENTO	Regione Sicilia <b>Azienda Sanitaria Provinciale          Agrigento</b> P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE <b>U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO"</b> Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	Pagina 1 di 3	

## **consenso informato** **esami diagnostici con mezzo di contrasto** **per via endovenosa**

Redatta			F.to Dr.ssa Maria <b>Accardi</b> F.to Dr. Gaspare <b>Borsellino</b>
Rev	Data	Causale della modifica	Condivisa/Valutata
0.0			Dir. U.O. Radiologia Distretto Ospedaliero AG 1 Dir. U.O. Radiologia Distretto Ospedaliero AG 2

Valutata da	Comitato Aziendale Gestione Rischio Clinico	Il Presidente F.to Dr. Alfredo Zambuto
Approvata da	Direttore Sanitario Aziendale	F.to Dr. Alfredo Zambuto

<b>Data</b>	<b>Atto Formale</b>	<b>Adozione Aziendale</b>	
30.11.2012	Delibera 7844	Il Direttore Generale	F.to Dr. Salvatore Roberto Messina

 <p>ASP AGRIGENTO</p>	<p>Regione Sicilia <b>Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento</b></p> <p>P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"</p>	<p>DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE <b>U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO"</b> Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro</p>
	<p>Pagina 2 di 3</p>	

**- Premessa**

La presente procedura contiene la descrizione di tutte le azioni necessarie in materia di consenso informato del paziente prima dell'esecuzione di esami diagnostici che prevedano la somministrazione di mezzo di contrasto per via endovenosa, peraltro anche alla luce delle linee guida aziendali ed in relazione alla delibera n. 1305 del 17/02/2012. Appare imprescindibile, infatti, l'informazione prima, la consapevolezza poi e quindi la libertà di decisione della persona ammalata di esprimere la propria volontà dopo essere stata correttamente informata.

**- Scopo**

Gestire in maniera appropriata ed in sicurezza le informazioni da somministrare al paziente in relazione all'indagine diagnostica proposta avendo lo scopo di informarlo in maniera semplice sulle modalità di esecuzione dell'esame, sui benefici e la necessità di esecuzione, sugli eventuali effetti collaterali e sulle modalità di prevenirli. Inoltre appare necessaria la tracciabilità di tale documentazione ai fini di un miglioramento continuo dei processi diagnostici-terapeutici ed anche fini medico-legale.

**- Campo di applicazione**

L'acquisizione del consenso informato va fatta poco prima dell'esecuzione di esami diagnostici che prevedono la somministrazione di mezzo di contrasto per via endovenosa e quindi: TC con mezzo di contrasto, Urografia, RM con mezzo di contrasto. **MOD1**( modello informativo sui mezzi di contrasto) **MOD5** ( modulo per il consenso informato).

**- Destinatari**


La procedura si applica a tutti i pazienti che afferiscono alle UU.OO. di Radiologia dei Presidi Ospedalieri dell'ASP di Agrigento per eseguire esami con mezzo di contrasto per via endovenosa (m.d.c. per e.v.).

Coinvolti in questo processo sono anche il personale amministrativo del CUP, tutti i medici ospedalieri, del territorio ed i pediatri.

**- Responsabilità**

La diffusione della procedura viene garantita alle articolazioni aziendali a cura della segreteria della U.O. Aziendale "Gestione Rischio Clinico".

E' responsabilità dei direttori delle strutture indicate diffondere la conoscenza della stessa nell'ambito della struttura specificamente diretta. E' responsabilità dei direttori di dipartimento diffondere la conoscenza della procedura a tutti i direttori delle UU.OO. afferenti al Dipartimento. E' responsabilità dei direttori di UUOO dei dipartimenti diffondere la conoscenza della presente procedura nell'ambito della struttura specificamente diretta. E' responsabilità della revisione della procedura quando e se necessaria, del Comitato Aziendale Gestione Rischio Clinico.

	<i>Regione Sicilia</i> <b>Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento</b> P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE <b>U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO"</b> Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	Pagina 3 di 3	

## Modalità Operative

### Pazienti ricoverati

Per il paziente ricoverato, l'informazione da somministrare in ordine alle modalità di esecuzione dell'esame, ai benefici, ed eventuali rischi deve essere eseguita dal medico richiedente del reparto di provenienza del paziente sulla base della modulistica fornita dalla U.O. di Radiologia (**MOD<sub>1</sub>**).

L'acquisizione del consenso va fatta al momento dell'esecuzione dell'esame stesso da parte del sanitario radiologo che effettua l'esame, firmata dallo stesso e dal paziente in duplice copia (una per il medico radiologo e l'altra, allegata al referto, per il paziente) sul modulo previsto (**MOD<sub>5</sub>**) riportante i dati anagrafici del paziente ed il numero di accettazione che gli verrà attribuito.

### Pazienti non degenti

Al paziente/utente che si reca al Centro Unico Prenotazioni, per fissare un appuntamento per esame radiologico con mdc per ev, verrà consegnato il (**MOD<sub>1</sub>**).

L'acquisizione del consenso sarà espletata al momento dell'esame dopo verifica dell'avvenuta corretta informazione da parte del medico radiologo che esegue l'esame e firmata dallo stesso e dal paziente in duplice copia una per il medico radiologo e l'altra, allegata al referto, per il paziente sul modulo previsto (**MOD 5**) riportante i dati anagrafici del paziente ed il numero di accettazione che gli verrà attribuito.

### Risonanza Magnetica Nucleare (RM)

Per esami RM con mezzo di contrasto al momento della prenotazione consegnare al paziente **MOD 1** (consenso alla somministrazione di mezzo di contrasto), **MOD 2** (informativa sull'esame RM) e **MOD 4** (per il medico curante).

### TAC E Urografia

Per esami TC ed Urografia con mezzo di contrasto al momento della prenotazione consegnare al paziente **MOD 1** (consenso alla somministrazione di mezzo di contrasto)

### Allegati

Modello 1: Informazioni relative alla somministrazione di mezzo di contrasto endovena

Modello 2: Modulo di informazione all'esecuzione Risonanza Magnetica

Modello 3: questionario - esame di Risonanza Magnetica

Modello 4: modulo proposta di indagine di risonanza magnetica

Modello 5: Consenso informato per l'esecuzione di esami TC ed RM con mdc.

### Lista di distribuzione

Direttori Presidi Ospedalieri con obbligo di massima diffusione

Direttori Dipartimenti con obbligo di massima diffusione

Direttori UU.OO. con obbligo di massima diffusione

Coordinatore Sanitario Distretto Ospedaliero AG 1

Coordinatore Sanitario Distretto Ospedaliero AG 2

Centro Unico di Prenotazione (CUP)