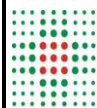


REDAZIONE, RESPONSABILE I.O., VERIFICA, APPROVAZIONE

REDAZIONE	<i>Dr Mario Mergoni, Direttore UO 1° Anestesia e Rianimazione</i>	
	<i>Dr Annalisa Volpi, UO 1° Anestesia e Rianimazione</i>	
	<i>Dr Michele Mitaritunno, UO Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza</i>	
	<i>Dr Corrado Iaccarino, UO Neurochirurgia-Neurotraumatologia</i>	
	<i>Dr Giorgio Rossi, UO Chirurgia d'Urgenza</i>	
	<i>Dr Marco Bertolani, UO Chirurgia d'Urgenza</i>	
	<i>Dr Ferruccio Lasagni, UO Ortopedia</i>	
	<i>Dr Massimo Pompili, UO Patologia dell'Apparato Locomotore</i>	
	<i>Dr Massimo Valentino, Responsabile SSD Radiologia di Emergenza ed Urgenza</i>	
	<i>Dr Paolo Bresciani, UO Radiologia</i>	
	<i>Dr Roberto Menozzi, UO Neuroradiologia</i>	
	<i>Dr Davide Cerasti, Dirigente Medico Neuroradiologia</i>	
	<i>Prof Cristina Rossi, Direttore UO Scienze Radiologiche</i>	
VERIFICA	<i>Dott.ssa Solange Viria Risolo (Responsabile Qualità Dip Emergenza Urgenza)</i>	
APPROVAZIONE	<i>Dr Franco Servadei Direttore UO Complessa neurochirurgia- neurotraumatologia - Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza</i>	
	<i>Dott. Crisi Girolamo - Direttore Dipartimento Neuroscienze</i>	
EMISSIONE	<i>Dr Livia Ruffini Direttore DAI Radiologia e Diagnostica per Immagini</i>	
	<i>Dr Mario Mergoni, Direttore UO 1° Anestesia e Rianimazione</i>	
	<i>Dr Franco Servadei Direttore UO</i>	



*Complessa neurochirurgia-
neurotraumatologia - Direttore
Dipartimento Emergenza Urgenza*

*Dr Gianfranco Cervellin, Direttore UO
Complessa Pronto Soccorso e
Medicina d'Urgenza*

*Dr Raffaele Dalla Valle, Delegato
responsabile UO Chirurgia d'Urgenza*

*Dr Massimo Valentino, Responsabile
SSD Radiologia di Emergenza ed
Urgenza*

*Prof Cristina Rossi, Direttore UO
Scienze Radiologiche*

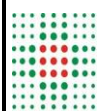
*Prof Pietro Marengi Direttore UO
Ortopedia*

STATO DELLE REVISIONI

REV. N.	SEZIONI REVISIONATE	MOTIVAZIONE DELLA REVISIONE	DATA
1	Tutte	Aggiornamento percorso in base alla nuova collocazione della TAC PS; aggiunta di percorsi in base a patologie specifiche	29/7/2011

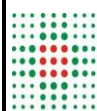
ELENCO ALLEGATI

ALL. N.	Codice	DESCRIZIONE ALLEGATO	REV. N.



SOMMARIO

1.	SCOPO/OBIETTIVO	4
2.	CAMPO DI APPLICAZIONE	4
3.	LUOGO DI APPLICAZIONE	4
4.	RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI.....	4
5.	ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA.....	5
6.	MODALITA' OPERATIVE.....	7



1. SCOPO/OBIETTIVO

Fornire un percorso per l'esecuzione delle indagini radiologiche nei pazienti portatori di traumatismo grave sulla base delle priorità cliniche.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Esecuzione d'indagini radiologiche in emergenza per pazienti vittime di trauma grave

3. LUOGO DI APPLICAZIONE

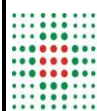
(Si individuano i luoghi fisici in cui l'I.O. andrà applicata)

OSPEDALE /DIPARTIMENTO/U.O./SERVIZIO
1* Servizio di Anestesia e Rianimazione
Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza
Radiologia e Neuroradiologia
Neurochirurgia
Chirurgia d'urgenza
Ortopedie

4. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

(Si elencano le norme cogenti e/o le linee guida in conformità delle quali la I.O. in oggetto viene redatta)

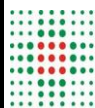
Autore	Titolo	Data
	ACR Appropriateness Criteria™ for imaging of the multiply injured patient Radiology 2000 Jun;215(Suppl):273-82	2000



5. ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA

(Per la corretta lettura dell'I.O., si esplicitano in questo paragrafo le abbreviazioni usate, gli acronimi, i termini di non immediata comprensione presenti nell'I.O.)

ABBREVIAZIONI	
TC	Tomografia Computerizzata
PS	Pronto Soccorso
UO	Unità Operativa
GCS	Glasgow Coma Scale
ISS	Injury Severity Score
DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA	
TRAUMA TEAM	Gruppo multidisciplinare, composto dai diversi specialisti afferenti alle specialità più frequentemente coinvolte nel processo assistenziale del traumatizzato: pronto soccorso, chirurgia d'urgenza, radiologia, neuroradiologia, rianimazione/terapia intensiva, altri specialisti sulla base delle lesioni (Neurochirurgo, Chirurgo Toracico, Cardiocirurgo, Chirurgo Maxillo-Facciale, Chirurgo Pediatrico, Chirurgo Vascolare, Urologo).
TRAUMA GRAVE	<p>Evento che determina lesioni singole o multiple di entità tale da costituire un pericolo per la vita del paziente, di un organo o di un arto. Per la definizione di trauma grave in fase acuta, quando non sono disponibili indagini diagnostiche che supportino la gravità delle lesioni o queste siano incomplete, possiamo considerare i seguenti criteri:</p> <ol style="list-style-type: none"><u>PARAMETRI VITALI</u><ul style="list-style-type: none">CONFIRMATA pressione arteriosa sistolica < 90 negli adulti; nei bambini tempo di riempimento capillare > 2 sec e/o pressione arteriosa sistolica < 90;Frequenza cardiaca > 130 o < 50Dispnea e alterata frequenza respiratoria (adulti se <10 o > 29/min, bambini se <15 o > 40/min)Compromissione/ostruzione delle vie aeree, cianosi e/o intubazione;RTS≤13 (PTS < 9)GCS≤13 o alterato stato di coscienza nei bambiniConvulsioniPupille dilatate o non reattiveSegni di latoPazienti trasferiti da altri ospedali con necessità di trasfusione per mantenere parametri vitali accettabili<u>LESIONI TRAUMATICHE EVIDENTI O</u>



	<p><u>SOSPETTE</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Evidenza clinica di volet costale• Emotorace con fuoriuscita > 300 cc di sangue dal drenaggio pleurico subito dopo il posizionamento o persistente• Sospetto emoperitoneo• Sospetta lesione del bacino• Evidenza clinica o sospetto di lesione cardiaca o tamponamento pericardio• Lesione vascolare con alterata ischemia di un'estremità o emorragia significativa• Lesione a livello di 2 o più delle seguenti regioni corporee: testa, collo, torace, addome, pelvi, colonna vertebrale, femore• Frattura di 2 o più ossa lunghe (fr adiacenti radio/ulna o tibia/fibula NON contano come 2)• Lesioni spinali• Frattura cranica affondata• Lesioni da schiacciamento o amputazione di un arto (sopra il polso o caviglia)• Lesioni penetranti della testa, collo, torace, addome, pelvi,inguine e colonna• Ustione delle vie aeree o inalazione di fumi.• Ustioni: Adulti > 20% TBS, bambini > 10% TBS <p>3. <u>CRITERI DINAMICI (da considerare come possibili fattori di rischio di trauma grave in assenza di condizioni riconducibili ai punti 1 e 2)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Espulsione dal veicolo/motociclista• deceduti nello stesso veicolo• intrusione dell'abitacolo > 30 cm• caduta da altezza >5mt• pedone proiettato od arrotato o investito a vel >10 Km/h• impatto ad alta energia (vel > 65 Km/h)• cappottamento• estricazione > 20 min <p>4. <u>ALTRI FATTORI DI RISCHIO</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Età <15a o >60• gravidanza• severe malattie cardiache o respiratorie• obesità• coagulopatie
TRAUMA MAGGIORE	trauma con ISS > 15
INJURY SEVERITY SCORE (ISS)	punteggio di gravità basato sull'entità anatomica delle lesioni riportate.

MODALITA' OPERATIVE

PREMESSA

Nel paziente vittima di traumi ad alta energia, non sempre l'esame clinico consente di porre il sospetto di lesioni potenzialmente pericolose per la vita, portando spesso a condizioni che vanno dall'undertriage all'overtriage. Tenendo ben presente che l'undertriage è la condizione che più si teme per le ripercussioni sulla sopravvivenza dei pazienti, non possiamo comunque dimenticare gli effetti dannosi che l'overtriage (che a sua volta determina overscanning) ha sia per l'individuo che per la società.

Il dilemma principale allo stato attuale, non risolto dalle evidenze cliniche, resta la decisione in merito all'utilizzo della TAC nei pazienti con incidenti a dinamica maggiore o con fattori di rischio per trauma grave (punti 3 e 4 della definizione di Trauma Grave) ma senza evidenti segni clinici (sia fisiologici che anatomici) di lesioni gravi.

Si ritiene quindi che il percorso radiologico che si propone sia applicabile nei pazienti che presentano i criteri fisiologici e/o anatomici per la definizione di trauma grave, mentre per quanto riguarda i criteri di dinamica o i fattori di rischio si considerano sicuramente candidabili a TAC i pazienti

- non valutabili clinicamente per sedazione
- con lesioni confondenti (pazienti polifratteggiati) in cui non si consideri attendibile l'esame clinico
- che non possono essere sottoposti ad osservazione clinica per almeno 6 ore dal trauma (per esempio necessità di trattamento chirurgico urgente: vd intervento ortopedico entro le prime ore o altro tipo di chirurgia urgente)

In tutti gli altri casi si rimanda al giudizio dei curanti in base alla valutazione clinica e strumentale di base.

LINEE GUIDA:

1. Team radiologico: composizione e allertamento

1.1. Il team radiologico comprende:

	Componente	Modalità
1.1.1	Tecnico di radiologia per la radiologia standard al letto	Presente h 24
1.1.2	Ecografista	Presente h 24
1.1.3	Neuroradiologo	Presente in ospedale nei giorni feriali dalle 7.30 alle 19.30; il sabato dalle 7.30 alle 13.30; in PD dalle 19.30 alle 7.30 nei giorni feriali, il sabato dalle 13.30 e nei giorni festivi tutto il giorno.
1.1.4	Radiologo TAC body	Presente h 24
1.1.5	Tecnico TAC	Presente h 24
1.1.6	Infermiere TAC	Presente h 24

1.2. Il team radiologico deve essere allertato con le seguenti modalità:

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma</p>	<p>ISTRUZIONE OPERATIVA PERCORSO RADIOLOGICO DEI PAZIENTI PORTATORI DI TRAUMA GRAVE</p>	<p>I.O.Interdipartimentale Codice I.O.02P012AOSPPR</p>
---	---	--

1.2.1. Al momento dell'allertamento del Trauma Team verranno allertati, da parte del Trauma Leader, considerando anche le informazioni relative alla stabilità dei parametri vitali fornite dalla CO 118:

- 1.2.1.1. medico radiologo della radiologia PS al n° interno 3267 in modo che sia disponibile all'arrivo del paziente in shock room per effettuare ecoFAST nel caso il Trauma Leader non effettui personalmente l'esame. Il radiologo del PS si farà carico di tutta l'organizzazione delle indagini radiologiche che ne consegue (attivazione tecnici per la radiologia tradizionale se concordato con il trauma leader, TAC).
- 1.2.1.2. tecnico di radiologia al n° 3090 per l'esecuzione di Rx torace e bacino
- 1.2.1.3. medico neuroradiologo al n° 3827 (se in orario al di fuori della PD).

1.2.2. La Centrale Operativa 118 allenterà contemporaneamente al trauma team anche il Neuroradiologo negli orari di pronta disponibilità in modo che sia già presente in ospedale all'arrivo del paziente.

1.2.3. Le attrezzature preposte alla diagnostica nel traumatizzato maggiore (TAC 64 strati del PS) dovranno essere rese disponibili in modo che possano essere utilizzate il più rapidamente possibile.

1.2.4. Nel caso in cui vi siano ritardi nell'esecuzione di tale diagnostica legati alle condizioni cliniche del paziente, sarà compito del trauma leader avvisare non appena possibile il team radiologico.

2. Sede

2.1. Nei pazienti emodinamicamente instabili che necessitano urgentemente di esami radiologici standard (Rx torace e bacino) ed ECO FAST, questi vengono eseguiti mediante apparecchio portatile in Sala Urgenze sia della Rianimazione che del Pronto Soccorso

2.2. Tutte le indagini tomografiche vengono eseguite presso la TAC del Pronto soccorso (TAC 64 strati). In caso di guasto o manutenzione della TC 64 strati del PS sarà utilizzata la TC 16 strati della neuroradiologia (vedi Istruzione Operativa Riorganizzazione TC).

2.3. Nel caso in cui la TAC del Pronto Soccorso sia impegnata per la contemporanea presenza di due politraumi bisognerà considerare un percorso alternativo in base alle condizioni cliniche del paziente ed al momento dell'evento:

2.3.1. il paziente stabile emodinamicamente e dal punto di vista respiratorio **con segni di compressione cerebrale solo** nei giorni feriali e durante le ore diurne potrà eseguire la TAC cerebrale in Neuroradiologia (dopo aver effettuato Eco FAST, Rx torace e bacino in shock room) ed effettuare lo screening completo una volta risolte le emergenze Neurochirurgiche.

2.3.2. i pazienti senza segni clinici di instabilità (neurologica, emodinamica o respiratoria) o nei quali i parametri vitali si siano stabilizzati, potranno attendere che la diagnostica si liberi dalle emergenze cliniche, effettuando oltre all'ecoFAST, eventualmente anche RX bacino e torace a discrezione del Trauma Leader

Data 29/07/11	Rev .1	Pag. 8 di 12
Questo documento è di proprietà della Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma	ISTRUZIONE OPERATIVA PERCORSO RADIOLOGICO DEI PAZIENTI PORTATORI DI TRAUMA GRAVE	I.O. Interdipartimentale Codice I.O.02P012AOSPPR
--	---	---

2.4. Le indagini radiologiche tradizionali indicate sulla base delle lesioni cliniche vengono eseguite al letto del malato in Shock Room o in Terapia Intensiva, salvo diversa indicazione da parte del trauma leader, del curante o del radiologo.

3. Pazienti instabili emodinamicamente e/o dal punto di vista respiratorio:

- 3.1. In Sala Urgenze PS/Rianimazione dovranno effettuare:
 - 3.1.1. Eco FAST,
 - 3.1.2. Rx torace,
 - 3.1.3. Rx bacino.
- 3.2. E' necessario ripetere l'esame eco FAST in caso d'instabilità emodinamica persistente e con un primo esame non significativo
- 3.3. Dopo stabilizzazione emodinamica e/o respiratoria (chirurgica o medica) si proseguirà con lo screening radiologico come da schema successivo (vd punto 4 Pazienti emodinamicamente stabili).

4. Pazienti stabili emodinamicamente e dal punto di vista respiratorio:

- 4.1. Eco FAST all'arrivo del paziente in Shock Room
- 4.2. Rx torace e/o bacino se ritenuto necessario
- 4.3. Screening radiologico completo in TAC del Pronto Soccorso (TAC 64 strati) che comprenderà:
 - 4.3.1. TAC cerebrale con "finestra" per lo studio osseo e cervicale
 - 4.3.2. TAC torace senza e con mdc
 - 4.3.3. TAC addome senza e con mdc
 - 4.3.4. TAC pelvica senza e con mdc
 - 4.3.5. Ricostruzioni sagittali e coronali del rachide in toto
- 4.4. L'esame deve essere effettuato il più rapidamente possibile. Le ricostruzioni verranno effettuate in una fase successiva.
- 4.5. Nel sospetto/evidenza di fratture del massiccio facciale, basicranio e/o rocche petrose, lo screening includerà la TC mirata delle strutture ossee interessate completata da ricostruzioni coronali.
- 4.6. Nel caso in cui la scansione a vuoto evidenzia una frattura complessa di bacino con sospetta rottura vescicale, sarà opportuno eseguire cistoTAC secondo modalità condivise dal team radiologico.
- 4.7. In presenza di lesioni complesse degli arti e in assenza di polso periferico è opportuno considerare AngioTAC degli arti secondo modalità concordate tra Trauma Leader e Radiologo

Data 29/07/11	Rev .1	Pag. 9 di 12
Questo documento è di proprietà della Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma</p>	<p>ISTRUZIONE OPERATIVA PERCORSO RADIOLOGICO DEI PAZIENTI PORTATORI DI TRAUMA GRAVE</p>	<p>I.O.Interdipartimentale Codice I.O.02P012AOSPPR</p>
---	---	--

4.8. Nei pazienti ad elevato rischio di lesioni cerebrovascolari o in presenza di segni e/o sintomi di lesioni cerebrovascolari è indicato approfondimento diagnostico da concordare con il Neuroradiologo, in particolare è preferibile:

4.8.1.1. Angiografia cerebrale nei pazienti con

- a. Epistassi massiva
- b. Segni e/o sintomi di lesioni cerebrovascolari conclamate
 - i. Stroke o attacco ischemico transitorio
 - ii. Infarto cerebrale acuto o subacuto alla TAC cerebrale
 - iii. Segni di embolizzazione alla TAC cerebrale
 - iv. Ematoma perivascolare dell'arteria carotide o vertebrale
 - v. Segni e/o sintomi di lesione carotidea o vertebrale

4.8.1.2. AngioTAC del circolo intracranico e dei tronchi sovra-aortici (TSA) in regime di elezione nei pazienti con

- a. Fratture rachide cervicale di C1-C3
- b. Estensione della frattura vertebrali al forame trasverso o ad elementi laterali delle vertebre
- c. Lussazione/sublussazione del rachide cervicale o meccanismo da distrazione
- d. Fratture della base cranica con coinvolgimento del canale carotideo
- e. Esame neurologico discordante rispetto alle indagini radiologiche (stato di coma o segno di lato non giustificato dalle lesioni presenti)

4.9. Altre indagini radiologiche tradizionali per escludere eventuali lesioni scheletriche periferiche sulla base del sospetto clinico verranno effettuate al letto del malato in Shock Room o in Terapia Intensiva, salvo diversa indicazione del Team Leader, del radiologo o del curante

5. Angiografia nei pazienti con lesioni addominali e/o pelviche

5.1. Indicazioni

- 5.1.1. Paziente stabile emodinamicamente o borderline con segni TAC di sanguinamento attivo sia a livello addominale (milza, fegato, rene) che pelvico.
- 5.1.2. Paziente instabile emodinamicamente: in assenza di emoperitoneo significativo all'eco FAST o altre fonti presumibilmente responsabili dell'emorragia (torace, addome, comparti muscolari, emorragie esterne) e positività del bacino per fratture pelviche (con una buona probabilità che la fonte emorragica sia a livello dei vasi pelvici) è possibile bypassare la TAC per effettuare
 - Packing pelvico (in Sala Operatoria o in Shock Room)
 - Angiografia ed eventuale embolizzazione dei vasi pelvici.
 - Importante comunque prima di qualsiasi altra procedura invasiva ridurre i volumi del bacino attraverso il posizionamento di tPOD o di pinzone pelvico quando indicato
- 5.1.3. Pazienti con persistente instabilità emodinamica già sottoposti a trattamento chirurgico (laparotomia con packing) per controllo emorragia intraperitoneale (previa TAC se possibile sulla base delle condizioni emodinamiche del paziente)

Data 29/07/11	Rev .1	Pag. 10 di 12
Questo documento è di proprietà della Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma	ISTRUZIONE OPERATIVA PERCORSO RADIOLOGICO DEI PAZIENTI PORTATORI DI TRAUMA GRAVE	I.O. Interdipartimentale Codice I.O.02P012AOSPPR
--	---	---

5.2. Attivazione

- 5.2.1. Nei giorni feriali in orario di servizio (dalle ore 8.00 alle 19.30) chiamando il n° interno 2172
- 5.2.2. Nei giorni festivi, nelle ore notturne (dalle 19.30 alle 8) attivazione del reperibile angiografista chiamando la CO 118.

5.3. Sede

- 5.3.1. Sala angiografica della Neuroradiologia

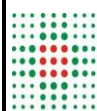
5.4. Trattamento non chirurgico mediante embolizzazione dei parenchimi addominali (milza, fegato, rene)

- 5.4.1. Criteri d'inclusione fegato e rene
 - 5.4.1.1. "blush vascolare" (segni TAC di sanguinamento attivo)
 - 5.4.1.2. pz emodinamicamente normale o che si stabilizza con il rimpiazzo volêmico (PAS > 90 mmHg, FC < 110 dopo 2 l di cristalloidi)
- 5.4.2. Criteri d'inclusione milza
 - 5.4.2.1. Criteri TAC (AAST Splenic Injury Scale)
 - a. II-III grado con "blush vascolare" (segni TAC di sanguinamento attivo)
 - b. IV grado
 - 5.4.2.2. pz emodinamicamente normale o che si stabilizza con il rimpiazzo volêmico (PAS > 90 mmHg, FC < 110 dopo 2 l di cristalloidi)(Smith et al.)
 - 5.4.2.3. Assenza di altre lesioni addominali che impongano la laparotomia
- 5.4.3. Criteri di esclusione
 - 5.4.3.1. instabilità emodinamica
 - 5.4.3.2. presenza di altre lesioni che richiedano laparotomia
- 5.4.4. Diagnostica
 - 5.4.4.1. FAST: se emoperitoneo presente ma emodinamica normale/stabile si prosegue
 - 5.4.4.2. TAC con mdc in fase acuta con definizione nel referto del grado della lesione e l'eventuale presenza di "blush" vascolare
 - 5.4.4.3. angiografia nei gradi II-III con "blush" vascolare e nel IV stabili emodinamicamente
 - 5.4.4.4. se indicato dal chirurgo, in presenza di emoperitoneo laparoscopia diagnostica post-embolizzazione (nei pazienti che non presentano controindicazioni: trauma cranico)

6. RMN rachide

- 6.1. La RMN ha minore valore nella valutazione delle strutture ossee rispetto alla TAC, ma è migliore nel determinare la presenza di lesioni dei tessuti molli e di un'eventuale compromissione del midollo. E' pertanto utile nell'evidenziare lesioni dei tessuti molli (cioè dischi intervertebrali e strutture ligamentose anteriori e posteriori) così come lesioni del midollo spinale.
- 6.2. E' indicata nel caso di:
 - 6.2.1. deficit neurologici completi o incompleti per ricercare e quantificare il grado di lesione della radice o del midollo;
 - 6.2.2. deterioramento delle funzioni neurologiche;
 - 6.2.3. sospetto di lesione ligamentosa

Data 29/07/11	Rev .1	Pag. 11 di 12
Questo documento è di proprietà della Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



7. Pazienti provenienti da altre sedi

E' INDISPENSABILE CHE AI PAZIENTI PROVENIENTI DA ALTRE STRUTTURE SIA ALLEGATA TUTTA LA DOCUMENTAZIONE ICONOGRAFICA DELLE INDAGINI RADIOLOGICHE ESEGUITE (SU SUPPORTO ADEGUATO CD, DVD O LASTRE).

- 7.1. In caso di disponibilità delle immagini radiologiche su CD con referto incompleto per lesioni del rachide sarà necessario mandare in visione il CD al neuroradiologo che deciderà l'eventuale completamento della diagnostica (possibilità di ricostruzioni 2D e 3D con le immagini disponibili, radiologia tradizionale o ripetizione TAC)
- 7.2. in caso di indagini BODY effettuate senza mezzo di contrasto sarà necessario ripetere la TAC con mezzo di contrasto
- 7.3. In caso di disponibilità delle immagini radiologiche su CD con sospetto di lesioni a carico dei grossi vasi o segni di sanguinamento attivo sarà necessario mandare in visione il CD al radiologo che deciderà l'eventuale completamento della diagnostica

8. In una fase successiva della degenza saranno effettuate le indagini radiologiche su indicazione non eseguite in precedenza per escludere eventuali lesioni scheletriche periferiche sulla base del sospetto clinico o per controlli (Radiologia standard in Terapia Intensiva o in Radiologia in base alle condizioni del paziente, TAC in PS).

NUMERI TELEFONICI DI RIFERIMENTO

SEDE APPARECCHIATURA TC	TELEFONO
TC 64 strati UO Radiologia PS	3775
TC 16 strati UO Neuroradiologia	3827
Radiologo Pronto Soccorso	3267
Tecnico di radiologia Pronto Soccorso	3090
TC 6 strati UO Radiologia Piastra Tecnica	2074
TC Definition Flash UO Radiologia Piastra Tecnica	3222