

 CENTRO MEDICO SPECIALISTICO Via Fava 2/B – 37139 Verona	Procedura Espletamento dei servizi sanitari e validazione dei processi	PQ 7.6
	CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI RM CON SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO INTRA-ARTICOLARE - (ARTRO-RM)	RX - Mod 007 Rev 2 del 10.09.19

DOCUMENTO DA ALLEGARE AL CONSENSO INFORMATO PER L'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA (RX – MOD 005)

1 – DATI DEL PAZIENTE, ANAMNESI E QUESITO CLINICO		
Cognome e Nome		
Data di nascita	Peso: Kg.	Altezza: cm.
Raccordo anamnestico:		
Risultato indagini diagnostiche precedenti:		
Quesito clinico:		
2 – DESCRIZIONE DELL'ESAME DI ARTRO - RM		
<p>DESCRIZIONE: l'ARTRO RM è una indagine diagnostica mirata allo studio delle articolazioni, effettuata tramite preliminare distensione della cavità articolare in esame. La distensione è ottenuta con l'introduzione di un mezzo di contrasto a base di GADOLINIO diluito in soluzione fisiologica, mediante iniezione percutanea con ago sottile. L'iniezione avviene sotto la guida fluoroscopia dopo accurata disinfezione della zona ed utilizzo di una minima quantità di ANESTETICO LOCALE (Lidocaina cloridrato 2%). Il corretto posizionamento dell'ago all'interno dell'articolazione è controllato con l'ausilio di MEZZO DI CONTRASTO IODATO. Al termine della procedura iniettiva il Paziente raggiunge autonomamente la sala di Risonanza Magnetica.</p> <p>TEMPISTICA: l' intero esame ha una durata complessiva di circa 1h.</p> <p>DOPO L'ESAME: permane una dolorabilità nella sede dell'iniezione che generalmente non costituisce controindicazione alla ripresa delle attività ordinarie; è consigliabile tuttavia venire accompagnati. Prudenzialmente è opportuno non sottoporre l'articolazione ad affaticamento eccessivo (sforzi od attività sportive) nei 2/3 giorni successivi l'esame.</p> <p>PRECAUZIONI PER L'INIEZIONE: Lesioni cutanee nella zona dell'iniezione sconsigliano la procedura per il rischio di contaminare la cavità articolare. È opportuno non eseguire l'esame in concomitanza di stati febbrili e sindromi influenzali. Va comunicata anticipatamente l'assunzione di farmaci anticoagulanti; andrà valutata singolarmente l'eventuale sospensione della terapia. Vanno sempre segnalate allergie o precedenti reazioni a farmaci anche se diversi da quelli utilizzati. La minima quantità di radiazioni ionizzanti utilizzata per il controllo della posizione dell'ago costituisce DIVIETO all'esame nei casi di GRAVIDANZA ACCERTATA O PRESUNTA.</p> <p>COMPLICANZE: rare e localizzate nell'area di interesse. Ematoma nella sede dell'iniezione . Rischio di infezione articolare.</p> <p>CONTROINDICAZIONI: rimangono valide tutte le controindicazioni assolute e relative legate a qualunque esame di Risonanza Magnetica in merito alla presenza di dispositivi elettromedicali, protesi, materiali o corpi estranei metallici sensibili all'azione del campo magnetico.</p> <p>EVENTI AVVERSI: reazioni allergiche immediate o tardive legate alle sostanze utilizzate. Minori: nausea, vomito, orticaria circoscritta. Moderate o severe: orticaria diffusa, alterazioni della frequenza cardiaca, difficoltà respiratorie, perdita di coscienza. Eccezionali le reazioni a rischio vitale (gravi aritmie, broncospasmo severo, arresto cardiorespiratorio). Per ogni evenienza, durante l'esame è sempre presente personale Medico – Infermieristico ed immediatamente disponibile un Medico Rianimatore all'interno della Struttura.</p>		
..... Timbro e Firma leggibile del Medico Anestesista Firma del Medico Responsabile dell'esame RM	

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a Sig/ra dichiara di aver ben compreso il testo e le spiegazioni ricevute circa la natura dell'indagine, le modalità di esecuzione, sui possibili inconvenienti e sui benefici attesi. Pertanto accetto/a di sottoporsi all'esame di **ARTRO – RM**.

acconsente **non acconsente**
all'indagine e alla somministrazione del mezzo di contrasto.

Data,

Firma del paziente :
(o del Tutore Legale/Titolare del consenso)

Confermo di aver spiegato la natura e lo scopo del trattamento sopraindicato, con particolare riferimento alla necessità, ai benefici ed ai rischi ad esso connessi e di averne ricevuto il consenso.

Data, **Firma del Medico Responsabile dell'esame RM:**

Si raccomanda vivamente di portare con sé l'eventuale documentazione clinico-radiologica precedente