

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI ARTRO RISONANZA MAGNETICA MEDIANTE MDC**

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO**

Dati del paziente

**Cognome** ..... **Nome** .....

Luogo e data di nascita.....

Residenza ..... Recapito Tel .....

Indagine richiesta .....

Reparto/Medico richiedente l'esame RM .....

**In cosa consiste?**

E' un'indagine effettuata in Risonanza Magnetica (tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti) che prevede l' iniezione di mezzo di contrasto paramagnetico (m.d.c.) intra-articolare sotto guida ecografica

**A cosa serve?**

E' mirata allo studio delle articolazioni e consente di ottenere informazioni aggiuntive sulle strutture articolari come cartilagini, menischi, legamenti, tendini e capsula articolare, con accuratezza diagnostica e sensibilità superiori rispetto ad una Risonanza Magnetica senza m.d.c.

**Come si effettua?**

Dopo accurata disinfezione ed eventuale iniezione di minima quantità di anestetico locale , viene iniettato con ago sottile il mezzo di contrasto diluito in soluzione fisiologica, nella cavità articolare da studiare sotto guida ecografica.

Dopo la iniezione di m.d.c. vengono eseguite alcune sequenze dedicate in RMN e l'indagine è conclusa.

**Cosa può succedere? Eventuali complicanze**

Durante la iniezione di m.d.c., a causa della distensione della capsula articolare, è possibile avvertire dolore per pochi minuti o per qualche giorno (2-3 giorni circa).

Le complicanze, rare, possono essere locali come infezioni o emorragie oppure sistemiche, infatti è possibile che la introduzione dell'ago comporti un calo della pressione arteriosa generalmente a risoluzione rapida e spontanea.

Estremamente rara è la reazione vagale con possibile arresto cardiaco.

L'equipe è in grado di fornirle la migliore assistenza possibile in tutti questi casi.

Dichiaro di essere affetto dalle seguenti malattie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

di assumere i seguenti farmaci : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e di essere allergico ai seguenti farmaci o sostanze: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Preparazione necessaria**

**Non è necessaria alcuna preparazione preliminare.**

E' opportuno non sottoporsi all' indagine in caso di stato febbrile/gravidanza.

Dovranno essere sospesi sotto controllo del medico curante, farmaci anticoagulanti la cui assunzione abituale dovrà essere comunicata al momento della prenotazione.

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. farmaci per l'ipertensione o il diabete).

Ad ogni modo è importante che prima dell'indagine Lei segnali uno stato di gravidanza in atto, sospettata o anche solo possibile, affinché il medico che Le ha prescritto l'esame e lo specialista che dovrebbe eseguirlo possano preventivamente valutare assieme a Lei l'entità oggettiva del rischio, la necessità/urgenza di eseguire l'esame e l'eventuale ipotesi di rinvio.

La Sua firma indica che ha bene compreso tutte le informazioni e che acconsente ad eseguire l'indagine radiologica tramite infusione di mdc intra-articolare.

**CONSAPEVOLE:**

**che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali**

Presa visione delle informazioni relative all'indagine in oggetto (valutate tutte le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti), avendo compreso quanto sopra riportato e preso altresì atto che Ravenna33 si avvalga anche di professionisti che agiscono da remoto per tele refertazione e teleconsulto dell'indagine radiologica effettuata :

**Acconsento all'indagine proposta**

**Non acconsento all'indagine proposta**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Il Medico proponente Conferma di aver spiegato la natura e gli scopi per procedura suddetta, nella seguente articolazione:

- Anca
- Spalla
- Gomito
- Polso

Dichiaro di volere eseguire il trattamento proposto

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del medico radiologo \_\_\_\_\_