NOTA INFORMATIVA PER ARTRO RM

con somministrazione intra-articolare di mezzo di contrasto

Nota informativa per il paziente

A seconda dell'esame richiesto di Risonanza Magnetica, è possibile sia necessaria ai fini diagnostici la somministrazione di mezzo di contrasto intrarticolare.

L'Artro RM è un esame diagnostico che consente uno studio dettagliato delle strutture articolari. L'esame prevede l'introduzione di mezzo di contrasto all'interno dell'articolazione seguito da acquisizione di immagini mediante Risonanza Magnetica.

L'esame prevede:

- Disinfezione accurata della cute
- Introduzione a mano libera, o sotto guida radiologica (ecografica o fluoroscopica) nell'articolazione di una piccola quantità di mezzo di contrasto a base di gadolinio diluito
- Esecuzione successiva di esame di Risonanza Magnetica

L'Artro RM è un'indagine generalmente sicura. Tuttavia possono verificarsi:

- Dolore o fastidio locale temporaneo
- Tumefazione transitoria
- Sanguinamento locale
- Reazioni allergiche (evento molto raro)
- Infezione articolare (evento molto raro)

Dopo l'esame è possibile riprendere le normali attività evitando sforzi intensi sull'articolazione per 24 ore.

NOTA INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI ARTRO RM

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a ..... il .....

Residente in ……. Via ……

In qualità di:

☐ Paziente

☐ Esercente la responsabilità genitoriale

☐ Tutore/amministratore di sostegno/altro avente titolo

per il/la Paziente .....

CONSENSO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MDC INTRA-ARTICOLARE PER ARTRO RM

Dichiaro di essere stato/a adeguatamente informato/a dal Medico Radiologo Dott. ..... sui rischi legati alla somministrazione di mezzo di contrasto intra-articolare, sulle modalità della procedura e sui benefici diagnostici attesi.

☐ ACCONSENTO alla procedura di Artro RM e alla somministrazione intra-articolare di MDC

☐ NON ACCONSENTO alla procedura di Artro RM e alla somministrazione intra-articolare di MDC

Data …….

Firma del paziente/avente titolo ……

Firma del medico radiologo ……

Presenza di interprete (generalità) .....

Firma dell'interprete .....