

 CASA DI CURA S. CAMILLO	INFORMATIVA E CONSENSO ALLA ESECUZIONE DI ESAME ARTRO RM	R/23-200 Rev.0 PAG 1/3
---	---	---------------------------------------

COGNOME _____ **NOME** _____ **NATO/A IL** _____

QUESITO CLINICO _____

SITO ANATOMICO ----- **DX** **SX**

NOTA INFORMATIVA ALLA ESECUZIONE DI ARTRO RM

CHE COSA E'

L'indagine artroRM prevede l'introduzione di un mezzo di contrasto paramagnetico in cavità articolare (spalla, ginocchio, polso, caviglia ecc.) mediante l'impiego di uno strumentario adeguato (aghi,guide,cateteri, ecc), il corretto posizionamento del contrasto può essere effettuato con guida Rx, ecografica, TC.

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

Immediatamente dopo l'introduzione del mezzo di contrasto si procede alle scansioni RM idonee. La necessità di introdurre il mezzo di contrasto in cavità articolare è legata alla possibilità di visualizzare strutture (capsule, legamenti, tendini) che all'esame RM standard possono non visualizzarsi correttamente. Il naturale riassorbimento del mezzo di contrasto avverrà nel giro di trenta minuti.

La procedura guidata del mezzo di contrasto, della durata di alcuni minuti o frazioni di ora, sarà effettuata abitualmente in anestesia locale dal Medico Radiologo coadiuvato da altri colleghi e con il supporto del personale Tecnico di radiologia.

Le manovre saranno eseguite in ambiente ambulatoriale, con materiali sterili e saranno adottate tutte le misure idonee a fornire un campo sterile locale per evitare processi flogistici. Al termine della procedura percutanea sarà eseguita opportuna medicazione.

COSA PUO' 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 e' in grado di fornirle la migliore assistenza possibile in tutti questi casi.

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

Non è necessaria alcuna preparazione preliminare. E'opportuno non sottoporsi all'indagine in caso di stato febbrile. 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. per l'ipertensione o il diabete).

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso, il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.



INFORMATIVA E CONSENSO ALLA ESECUZIONE DI ESAME ARTRO RM

R/23-200
Rev.0
PAG 2/3

Io sottoscritto/a Dott./Dott.ssa.....dichiaro di avere fornito informazioni complete e comprensibili al/alla Sig/Sig.ra riguardo alla necessità di sottoporsi per motivi clinici nel suo interesse a

ARTRO-RM

In base alla documentazione scientifica disponibile il paziente è stato informato relativamente a:

- motivazioni che rendono necessario l'accertamento
- scopo
- modalità di esecuzione dell'accertamento,
- difficoltà, rischi, problemi e prospettive che potrebbero derivare dalla mancata esecuzione
- possibili alternative diagnostico-terapeutiche

Data __/__/__

Firma e timbro del Medico
Responsabile della Prestazione Diagnostica

CONSENSO INFORMATO

all'esecuzione dell'indagine ARTRO RM

IL PAZIENTE Genitori del paziente minorenni esercenti la potestà genitoriale

Amministratore di sostegno tutore paziente inabilitato

Il/I sottoscritto/i _____

Ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate alla somministrazione del mezzo di contrasto durante l'esame RM. Dichiaro di avere collaborato attivamente alla compilazione del questionario anamnestico relativo a possibili reazioni avverse verificatesi in passato o a patologie pregresse e, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame

Il Medico esecutore, ha inoltre precisato che durante la procedura potrebbe essere necessario modificare la tecnica di conduzione della stessa in rapporto alle valutazioni intraprocedurali e che la procedura potrebbe essere interrotta qualora si verificassero eventi o emergessero condizioni tali da rendere la conduzione secondo le modalità previste inefficace o eccessivamente rischiosa.

Firma

- del Paziente _____
- del Tutore paziente inabilitato _____
- dell'Amministratore di sostegno _____
- dei Genitori del paziente minorenni esercenti la potestà genitoriale¹

Firma 1°Genitore _____ Firma 2°Genitore _____

Informazioni fornite a mezzo dell'interprete/mediatore culturale

Nome e Cognome (2).....Firma.....

¹ in caso di sottoscrizione di uno solo degli esercenti la potestà genitoriale, con la presente sottoscrizione il firmatario dichiara di esercitarla congiuntamente e di rappresentare con l'apposizione della propria firma anche la volontà dell'altro genitore, ovvero di essere l'unico esercente la potestà genitoriale esonerando da ogni responsabilità la struttura e i suoi Medici per ogni atto conseguente alla mendace affermazione ed accollandosene gli oneri. In caso di esercizio della potestà genitoriale disgiunto sarà indispensabile la sottoscrizione di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale ovvero di procura notarile dell'esercente la potestà genitoriale che non sottoscrive ovvero di dichiarazione con la quale si attribuisce la facoltà di sottoscrivere il consenso all'altro genitore munita di dichiarazione di autenticità della firma.

² Acquisizione, da documento identificativo da allegare in copia, della data -luogo di nascita e residenza



CASA DI CURA
S. CAMILLO

**INFORMATIVA E CONSENSO ALLA ESECUZIONE DI ESAME
ARTRO RM**

**R/23-200
Rev.0
PAG 3/3**

Il paziente, temporaneamente impossibilitato ad apporre la firma sul presente documento, è stato esaurientemente informato ed acconsente a sottoporsi al trattamento/intervento/procedura di cui sopra. Motivo dell'impedimento:

.....
Data ___/___/___

Firma del Medico _____

Firma del 1° Testimone _____

Firma del 2° Testimone _____

Il sottoscritto _____

REVOCA

Il proprio consenso al trattamento/intervento/procedura proposto. DATA ___/___/___ ora ___:___

Firma del Paziente _____

Firma del Medico _____ **Firma del Testimone** _____

Il sottoscritto _____ dichiara che

Il/la sig./sig.ra _____ ha dato indicazioni verbali di revoca del consenso

DATA ___/___/___

Firma del Medico _____

Firma del Testimone _____

