

 <p>Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano</p>	<p>S.C.D.U. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA Regione Gonzole, 10 – 10043 Orbassano (TO) Dirigente F.F.: Prof. Andrea VELTRI Tel. 011-902.6401 - Fax 011-902.6303 E-mail: radiologia@sanluigi.piemonte.it</p>	 <p>REGIONE PIEMONTE</p>
---	---	---

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ARTRO-RM

(Data ultima revisione: 15/07/2012)

Gentile Signore/a,

Le è stata prescritta un'**Artro-Risonanza Magnetica (Artro-RM)**.

DESCRIZIONE: l'ARTRO-RM è un'indagine diagnostica mirata allo studio delle articolazioni, effettuata tramite distensione della cavità articolare in esame. La distensione è ottenuta con l'introduzione di un mdc a base di GADOLINIO diluito in soluzione fisiologica, mediante iniezione percutanea con ago sottile. L'iniezione avviene sotto guida ecografia dopo accurata disinfezione della zona ed utilizzo di una minima quantità di ANESTETICO LOCALE. Al termine della procedura iniettiva il Paziente raggiunge autonomamente la sala di Risonanza Magnetica.

TEMPISTICA: l'intero esame ha una durata complessiva di circa un'ora.

DOPO L'ESAME: permane una dolorabilità nella sede dell'iniezione che generalmente non costituisce controindicazione alla ripresa delle attività ordinarie; è consigliabile tuttavia essere accompagnati ed è prudenzialmente opportuno non sottoporre l'articolazione ad affaticamento eccessivo (sforzi o attività sportive) nei 2-3 giorni successivi l'esame.

PRECAUZIONI PER L'INIEZIONE: lesioni cutanee nella zona dell'iniezione controindicano la procedura per il rischio di contaminare la cavità articolare. È opportuno non eseguire l'esame in concomitanza di stati febbrili e sindromi influenzali. Deve essere comunicata anticipatamente l'assunzione di farmaci anticoagulanti, la cui sospensione dovrà essere valutata caso per caso.

COMPLICANZE: rare e localizzate nell'area di interesse (ematoma nella sede dell'iniezione, rischio di infezione articolare).

CONTROINDICAZIONI: tutte le controindicazioni assolute e relative all'esame di Risonanza Magnetica.

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.

ATTENZIONE

NON PUÒ essere sottoposto a questo esame se:

- è portatore di **PACE-MAKER** e di alcuni modelli di **PROTESI VALVOLARE cardiaca**;
- ha subito un **intervento neurochirurgico** con **posizionamento di CLIPS METALLICHE**;
- è portatore di una **POMPA PER INSULINA**;
- è portatore di **ELETTROSTIMOLATORI CEREBRALI O MIDOLLARI**;
- è in stato di **GRAVIDANZA**.

PUÒ essere sottoposto a questo esame senza alcun problema se:

- è portatore di una **PROTESI D'ANCA O DI GINOCCHIO**;
- è portatrice di **SPIRALE** (è consigliabile fare una visita ginecologica dopo l'esecuzione della Risonanza Magnetica);
- è portatore di **MANUFATTI ORTODONTICI** (che possono subire deformazioni), ma è necessario avvertire il personale del Servizio: la decisione sull'esecuzione dell'esame sarà intrapresa dopo accordi con lo Specialista odontoiatra che ha in cura il Paziente;
- ha la **febbre**, ma il Medico Radiologo, considerata attentamente la sua situazione clinica, potrebbe decidere di rimandare l'esecuzione dell'esame: infatti, nel corso di indagini particolarmente lunghe, la temperatura può aumentare fino a 1,5°C.

Per effettuare l'esame occorre:

- **togliere** lenti a contatto, occhiali, apparecchi per l'udito, protesi temporanee mobili, ecc...;
- **togliere** fermagli per capelli, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, monete, chiavi, bottoni metallici, vestiti con lampo ed eventuali altri oggetti metallici.
- **asportare** cosmetici dal volto;
- **riporre** oggetti di valore e soldi nelle apposite cassette di sicurezza allocate negli spogliatoi.

QUESTIONARIO PER EVENTUALI CONTROINDICAZIONI ALL'ESAME

È portatore di pace-maker o altri tipi di cateteri cardiaci, pompe per infusione, neurostimolatori, elettrodi cerebrali e subdurali, derivazioni spinali o ventricolari, sistemi di perfusione impiantati?		SI	NO
È portatore di clips metalliche su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?		SI	NO
È portatore di valvole cardiache o clips per interventi di by-pass coronarici?		SI	NO
È portatore di distrattori per la colonna vertebrale?		SI	NO
Ha subito interventi chirurgici?	Alla testa o al collo? Se sì, quali:.....	SI	NO
	Al torace o all'addome? Se sì, quali:.....	SI	NO
	Altri interventi chirurgici? Se sì, quali:.....	SI	NO
Ha delle schegge metalliche sottocute oppure interne?		SI	NO
Ha mai subito incidenti stradali o di caccia?		SI	NO
È affetto da anemia falciforme?		SI	NO
È portatore di tatuaggi o piercing?		SI	NO
È portatore di protesi	Ortopediche?	SI	NO
	Dentarie?	SI	NO
	Acustiche?	SI	NO
	Del cristallino?	SI	NO
Se è DONNA:	È in stato di gravidanza?	SI	NO
	È portatrice di spirale uterina?	SI	NO
Soffre di CLAUSTROFOBIA (paura di restare in un ambiente chiuso)?		SI	NO
È allergico? (.....)		SI	NO
Quanto pesa? Kg			

CONSENSO

Io sottoscritto/a..... nato/a a il.....
(*genitore o tutore legale di

sono stato informato dal Dott. in data.....
che è stata posta l'indicazione all'esecuzione di una **ARTRO-RISONANZA MAGNETICA**.

A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni verbali e come da documentazione sopra riportata inerenti le **modalità di esecuzione** e i benefici attesi dall'esame, le possibili complicanze ragionevolmente prevedibili, le alternative (dove ci siano) ed il diritto di rifiutare o sospendere in qualsiasi momento il trattamento e le conseguenze derivanti dalla scelta e quindi, **in piena coscienza, acconsento** all'esecuzione della prestazione sopra indicata.

Data.....

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale*)

Timbro e firma del Medico che richiede l'esame.....

Timbro e firma del Medico Radiologo/in formazione specialistica

I N T E R N I	<u>Per i Pazienti allergici RICOVERATI che hanno eseguito la premedicazione</u>
	Io sottoscritto/a, Medico Curante del/della Sig./Sig.ra....., dichiaro di aver effettuato la premedicazione secondo lo schema in mio possesso.
	Timbro e firma del Medico che richiede l'esame.....

E S T E R N I	<u>Per i Pazienti allergici NON RICOVERATI che hanno eseguito la premedicazione</u>
	Io sottoscritto/a..... dichiaro di aver effettuato la premedicazione secondo lo schema che mi è stato fornito.
	Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale*).....
	Timbro e firma del Medico Radiologo/in formazione specialistica.....

REVOCA CONSENSO

Io sottoscritto/a..... a partire dalle ore del giorno
revoco il consenso alla precitata procedura, consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale*)

Timbro e firma del Medico Radiologo/in formazione specialistica