



Unità Operativa di Radiologia Diagnostica ed Interventistica

MODULO PER ESAMI ARTRO-RM

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 dopo accurata disinfezione della zona utilizzando reperi anatomici. Al termine della procedura viene mobilizzata l'articolazione per ottenere una più uniforme distribuzione del mezzo di contrasto. Successivamente viene eseguita la RM.

TEMPISTICA: l'intero esame ha una durata complessiva di circa 1 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. E' 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 (< 1%) e localizzate nell'area di interesse (ematoma nella sede dell'iniezione, rischio di infezione articolare, rischio di iniettare al di fuori della cavità articolare).

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

EVENTI AVVERSI

Reazione vagale (ipotensione, senso di "mancamento", nausea, vertigini, sudorazione, svenimento, che regrediscono dopo qualche secondo).

Rischio di reazioni allergiche in caso di accidentale iniezione del mdc in sede vascolare. A tal proposito si rimanda all'informativa sul mdc ev.

Per ogni evenienza, durante l'esame è sempre presente personale Medico-infermieristico ed immediatamente disponibile un Medico Rianimatore all'interno della Struttura.



Unità Operativa di Radiologia Diagnostica ed Interventistica

MODULO PER ESAMI ARTRO-RM

CONSENSO INFORMATO

Tutto ciò premesso, il/la Sottoscritto/a

in proprio

in qualità di tutore genitore esercente la potestà

di
(indicare il nome del paziente minore o legalmente incapace)

dichiara di essere stato/a esaurientemente informato/a sull'indicazione clinica, le modalità di svolgimento e sulle possibili complicanze e rischi connessi con l'esecuzione dell'indagine **artro-RM**

Sono inoltre consapevole di poter recedere dalla mia decisione in qualsiasi momento. Ampiamente soddisfatto delle informazioni e dei chiarimenti ricevuti dal dott. _____, dichiaro di:

acconsentire

non acconsentire

allo svolgimento dell'indagine che mi è stata proposta.

(data) _____

MEDICO RICHIEDENTE

(Firma del paziente)

(timbro e firma)

Conferma dell'avvenuta informazione del paziente

(data) _____

(Firma del paziente)

(Firma del medico esecutore)