

## INFORMATIVA

### CHE COS'E'

E' un'indagine a Risonanza Magnetica, tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti e che prevede l'iniezione di mezzo di contrasto paramagnetico intraarticolare.

### 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 EFFETUA

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

### 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 è in grado di fornirle la migliore assistenza possibile in questi casi.

### PREPARAZIONE NECESSARIA

Non è necessaria alcuna preparazione preliminare. E' opportuno non sottoporsi alla 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.**

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE  
DELL'INDAGINE DI ARTRO-RM/TAC**

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- Diretto interessato all'atto medico
- Tutore di \_\_\_\_\_
- Esercente la potestà sul minore \_\_\_\_\_

informato/a dal Medico Curante Dott. \_\_\_\_\_ sul tipo di indagine diagnostica da eseguire.

**CONSAPEVOLE:**

- che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.

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:

- Accenso** all'indagine proposta       **Non accenso** all'indagine proposta

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

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

*Confermo di aver spiegato la natura e gli scopi della procedura da eseguire*

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

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

**POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?**

Lei non è assolutamente obbligato/a ad effettuare l'esame; in alternativa il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Tutte le informazioni raccolte, in particolare quelle personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

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

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

Gent. Signora,

il medico Le ha spiegato che nel Suo caso è consigliata l'effettuazione di un'indagine che comporta l'esposizione a radiazioni ionizzanti (Raggi X).

E' noto che tali radiazioni possono causare alterazioni a carico delle cellule, in particolare di quelle che si trovano in una spiccata attività di riproduzione (come le cellule embrionali e fetali); va però sottolineato che, nella maggior parte dei casi, gli esami radiologici sono effettuabili in condizioni di ragionevole sicurezza anche in presenza di uno stato di gravidanza, in rapporto alla trascurabile quantità di radiazioni, alla lontananza dall'addome della sede anatomica da indagare e all'impiego di apposite protezioni e cautele.

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 "per presa visione" indica che ha bene compreso tutte le informazioni; Le verrà quindi proposto di sottoscrivere un documento di consenso all'indagine radiologica.

Io sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

**DI ESSERE STATA INFORMATA IN MODO ESAURIENTE E COMPRESIBILE SUI POSSIBILI RISCHI, NEI RIGUARDI DI UN'EVENTUALE GRAVIDANZA, LEGATI ALL'INDAGINE RADIOLOGICA**

escludo con certezza l'ipotesi di una gravidanza in atto

**Pertanto:**

**acconsento** all'esame radiologico proposto

Data \_\_\_\_\_ firma della paziente \_\_\_\_\_

Il medico radiologo \_\_\_\_\_

**OPPURE:**

non sono in grado di escludere una gravidanza in atto

ritengo di essere/sono sicuramente gravida alla \_\_\_\_\_ settimana

Su tali presupposti ho esaminato, assieme al medico che mi ha consigliato l'esame e allo specialista radiologo i rischi specificamente connessi con il mio caso, a fronte dell'opportunità/necessità di effettuare comunque l'indagine radiologica.

**Pertanto:**

**acconsento** all'esame radiologico proposto

**non acconsento** all'esame radiologico proposto

**concordo** con il rinvio dell'esame

Data \_\_\_\_\_ firma della paziente \_\_\_\_\_

Il medico radiologo \_\_\_\_\_

## **UTILIZZO DELLE RADIAZIONI IONIZZANTI NEI MINORI**

Le radiazioni ionizzanti (raggi X) sono spesso indispensabili per programmare diagnosi e terapie, ma sono anche potenzialmente dannose, in particolar modo durante la fase evolutiva.

Pertanto appare necessario informare approfonditamente il genitore o chi ne esercita la patria potestà prima di acquisirne il consenso all'effettuazione dell'esame.

### **Consenso Informato**

Il/la sottoscritto/a .....genitore (e comunque in possesso della patria potestà)

di..... dichiara di essere stato informato dei possibili rischi conseguenti all'esposizione a radiazioni ionizzanti (RAGGI X) e di acconsentire all'esecuzione dell'esame.

**Porto Viro** ..... (data)

**Firma del genitore o di chi ne fa le veci**.....