

## Consenso informato per l'esecuzione di artro-TC o artro-RM

### S.C. Radiodiagnostica

Direttore dott. G.A. Rollandi

Io sottoscritto/a Cognome ..... Nome.....

Nato/a a.....(Prov.di.....) il.....

Residente a .....in Via/Piazza .....

Sono stato informato che l'artro-TC e l'artro-RM sono indagini che prevedono l'iniezione intra-articolare di una soluzione acquosa di mezzo di contrasto (MdC) iodato (per la artro-TC) o paramagnetico (per la artro-RM), al fine della migliore visualizzazione delle strutture articolari. Le due indagini permettono di valutare alcune particolari condizioni patologiche come, ad esempio, le lesioni della cartilagine articolare, lo stato dei legamenti, lesioni dell'osso delle superfici articolari.

L'iniezione del MdC è eseguita secondo norme che rispettano la sterilità dell'articolazione medesima, di solito utilizzando l'ecografia per indirizzare la posizione dell'ago. I rischi derivanti dall'indagine possono essere:

- rare reazioni allergiche
- rare reazioni articolari (artriti settiche)
- possibili sincopi o lipotimie a causa della distensione articolare per reazione vagale

Pertanto, a seguito del colloquio con il Medico Radiologo dott. ....

DICHIARO di essere stato informato/a **esaurientemente** ed in **modo comprensibile** riguardo a:

- indicazione clinica e utilità dell'esame;
- caratteristiche del mezzo di contrasto
- efficacia, efficienza e sicurezza dell'esame in relazione al quesito clinico in accordo con il D.Lgs. 187/2000;
- possibili effetti collaterali e secondari (reazioni avverse inattese) che possono derivare dall'utilizzo del mezzo di contrasto;
- In particolare sono stato informato che per l'esecuzione dell'esame \_\_\_\_\_ verrà utilizzato il mezzo di contrasto denominato: \_\_\_\_\_ (lotto \_\_\_\_\_, scadenza.....)

### ATTO DI CONSENSO ALL'UTILIZZO DI MEZZO DI CONTRASTO

essendo stata soddisfatta ogni mia ulteriore richiesta di informazione ed avendo avuto il tempo necessario a riflettere,

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

all'esecuzione dell'indagine radiologica con mezzo di contrasto.

Data ..... Firma Paziente .....

Firma del Radiologo esecutore dell'esame .....