

### INFORMAZIONE

L'indagine artro-RM è una procedura atta a fornire informazioni sullo stato delle strutture che si trovano entro la cavità di una articolazione (cartilagini, eventuali menischi, capi ossei, capsula, ecc) con una accuratezza non raggiungibile dall'analogia indagine RM senza somministrazione di mezzo di contrasto intra-articolare.

Per eseguire l'indagine verrà introdotto un ago nella cavità articolare, eventualmente sotto guida ecotomografica. Attraverso questo ago verrà introdotta una diluizione in soluzione fisiologica (1/250) di un mezzo di contrasto a base di Gadolinio, appositamente approvata per questo uso, fino a distendere la capsula articolare. Dopo la somministrazione del mezzo di contrasto, verrà eseguita una risonanza magnetica dell'articolazione. L'esame può durare da 25 a 45 min circa. Dopo l'indagine, Le sarà richiesto di rimanere in osservazione per 30 min. E' possibile che permanga una sensazione dolorosa di durata variabile tra poche decine di minuti a 2- 3 giorni.

Durante l'introduzione dell'ago e la distensione della capsula potrà avvertire un momentaneo dolore. È possibile che dopo l'introduzione dell'ago il paziente avverta un calo della pressione arteriosa, quasi sempre con rapida e spontanea risoluzione. Evenienze rare (inferiori allo1%) sono emorragie e infezioni.

La somministrazione di mezzo di contrasto, può inoltre comportare alcuni effetti collaterali sistemici solitamente lievi che si risolvono spontaneamente o con somministrazione di farmaci. In casi eccezionali e senza che se ne possa prevedere la comparsa può provocare reazioni gravi e solo eccezionalmente pericolose per la vita.

Estremamente rara è l'evenienza di reazione vagale con possibile arresto cardiaco.

Per ogni evenienza, durante l'esame è sempre immediatamente disponibile personale medico-infermieristico ed un Medico Rianimatore all'interno della struttura che Le somministrerà immediate e appropriate cure o, se necessario, provvederà ad un trasferimento presso la più vicina unità ospedaliera.

Dopo l'esame Le sarà richiesto di rimanere in osservazione per alcuni minuti.

E' necessario specificare prima di essere sottoposto a mdc se:

è in terapia per asma	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì in terapia con.....
se soffre di allergie	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì specificare .....
ha avuto reazioni allergiche al mezzo di contrasto per risonanza magnetica	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì specificare.....

### CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE

Il sottoscritto .....nato a..... il....., residente a ..... via ..... tel.....

- Dichiaro di essere stato/a adeguatamente informato/a dal medico radiologo sull'indagine RM che deve effettuare, in particolare circa le modalità di esecuzione, l'utilità, tutte le possibili reazioni avverse e i fattori di rischio .
- Dichiaro di aver pienamente compreso le modalità di esecuzione, l'utilità, tutte le possibili reazioni avverse e i fattori di rischio
- **Accosente alla somministrazione del mezzo di contrasto**

Firma del paziente: .....

Firma del medico Responsabile dell'esame RM: ..... Data:...../...../...../

N.B. L'esame contrastografico non verrà eseguito in caso di mancata esplicita approvazione e firma di questo documento.