

INFORMAZIONE

Durante l'esame a cui Lei sarà sottoposto le verrà effettuata una iniezione endovenosa di una sostanza a base di Gadolinio, detta "mezzo di contrasto". Senza tale somministrazione le possibilità diagnostiche sono ridotte in misura più o meno marcata.

Al riguardo La informiamo che le caratteristiche di tali farmaci "permettono tranquillità di impiego, pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione iniettabile" (Circolare del Ministero della Sanità 900.VI/11.AG./642 del 17.9.97). E' necessario comunicare al Medico Responsabile dell'esame eventuali allergie prima dell'esame stesso.

La somministrazione di mezzo di contrasto, può comportare alcuni lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito) che si risolvono spontaneamente o con somministrazione di farmaci. In casi rarissimi (probabilità inferiore a 1 su 10.000 indagini) 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 all'introduzione dell'ago 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 circa 30 minuti.

La somministrazione di mezzi di contrasto a base di Gadolinio per via endovenosa è controindicata in caso di insufficienza renale, nelle donne in stato di gravidanza e nei bambini di età inferiore a un anno.

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

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

CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE

Il sottoscrittonato 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.