Valmontone Hospital spa	**Sede legale ed operativa via dei lecci snc - Valmontone (RM)**	MOD.c.p.031 P.I.
		Rev.0
		Data:08.08.2017
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA'	**Pagina 1 di 2**

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI 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 *sotto guida ecografica* dopo accurata disinfezione della zona ed utilizzo di una minima quantità di **ANESTETICO LOCALE.** Al termine della procedura iniettiva il Paziente raggiunge autonomamente la sala di Risonanza Magnetica.

TEMPISTICA: l'intero esame ha una durata complessiva di circa un'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.**
Si raccomanda la prosecuzione della terapia antibiotica per i successivi 4 giorni dopo l'esame.

PRECAUZIONI PER L'INIEZIONE: lesioni cutanee nella zona dell'iniezione controindicano la procedura per il rischio di contaminare la cavità articolare. È 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 e localizzate nell'area di interesse (ematoma nella sede dell'iniezione, rischio di infezione articolare).

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

EVENTI AVVERSI: reazioni allergiche immediate o tardive legate alle sostanze utilizzate: minori (nausea, vomito, orticaria circoscritta), moderate o severe (orticaria diffusa, alterazioni della frequenza cardiaca, difficoltà respiratorie, perdita di coscienza). Eccezionali le reazioni a rischio vitale (gravi aritmie, broncospasmo severo, arresto cardiorespiratorio). Per ogni evenienza, durante l'esame è sempre presente personale Medico-Infermieristico ed immediatamente disponibile un Medico Rianimatore all'interno della Struttura.

ATTENZIONE

NON PUÒ essere sottoposto a questo esame se:
- è **portatore** di **PACE-MAKER** e di **alcuni modelli di PROTESI VALVOLARE cardiaca**;
- ha subito un **intervento neurochirurgico** con **posizionamento di CLIPS METALLICHE**;
- è **portatore** di una **POMPA PER INSULINA**;
- è **portatore** di **ELETTROSTIMOLATORI CEREBRALI O MIDOLLARI**;
- è in stato di **GRAVIDANZA**.

PUÒ essere sottoposto a questo esame senza alcun problema se:
- è **portatore** di una **PROTESI D'ANCA O DI GINOCCHIO**;
- è **portatrice** di **SPIRALE** (è consigliabile fare una visita ginecologica dopo l'esecuzione della Risonanza Magnetica);
- è **portatore** di **MANUFATTI ORTODONTICI** (che possono subire deformazioni), ma è necessario avvertire il personale del Servizio: la decisione sull'esecuzione dell'esame sarà intrapresa dopo accordi con lo Specialista odontoiatra che ha in cura il Paziente;
- ha la **febbre**, ma il Medico Radiologo, considerata attentamente la sua situazione clinica, potrebbe decidere di rimandare l'esecuzione dell'esame: infatti, nel corso di indagini particolarmente lunghe, la temperatura può aumentare fino a 1,5°C.

Per effettuare l'esame occorre:
- **togliere** lenti a contatto, occhiali, apparecchi per l'udito, protesi temporanee mobili, ecc…;
- **togliere** fermagli per capelli, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, monete, chiavi, bottoni metallici, vestiti con lampo ed eventuali altri oggetti metallici.
- **asportare** cosmetici dal volto;
- **riporre** oggetti di valore e soldi nelle apposite cassette di sicurezza allocate negli spogliatoi.

Valmontone Hospital spa	Sede legale ed operativa via dei lecci snc - Valmontone (RM)	MOD.c.p.031 P.I.
		Rev.0
		Data:08.08.2017
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA'	Pagina 2 di 2

CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ARTRO-RM

QUESTIONARIO PER EVENTUALI CONTROINDICAZIONI ALL'ESAME

È' portatore di pace-maker o altri tipi di cateteri cardiaci, pompe per infusione, neurostimolatori, elettrodi cerebrali e subdurali, derivazioni spinali o ventricolari, sistemi di perfusione impiantati?		**SI**	**NO**
È' portatore di clips metalliche su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?		**SI**	**NO**
È' portatore di valvole cardiache o clips per interventi di by-pass coronarici?		**SI**	**NO**
È' portatore di distrattori per la colonna vertebrale?		**SI**	**NO**
Ha subito interventi chirurgici?	Alla testo o al collo? Se sì,quali:	**SI**	**NO**
	Al torace o all'addome? Se sì, quali:	**SI**	**NO**
	Altri interventi chirurgici? Se sì, quali:	**SI**	**NO**
Ha delle schegge metalliche sottocute oppure interne?		**SI**	**NO**
Ha mai subito incidenti stradali o di caccia?		**SI**	**NO**
È' affetto da anemia falciforme?		**SI**	**NO**
È' portatore di tatuaggi o piercing?		**SI**	**NO**
È' portatore di protesi?	Ortopediche?	**SI**	**NO**
	Dentarie?	**SI**	**NO**
	Acustiche?	**SI**	**NO**
	Del cristallino?	**SI**	**NO**
Se è DONNA:	È' in stato di gravidanza?	**SI**	**NO**
	È' portatrice di spirale uterina?	**SI**	**NO**
Soffre di CLAUSTROFOBIA (paura di restare in un ambiente chiuso)?		**SI**	**NO**
È' allergico? (.....)		**SI**	**NO**
Quanto pesa? ..... Kg			

CONSENSO

Io sottoscritto/a..... nato/a a ..... il.....
(*genitore o tutore legale di .....)
sono stato informato dal Dott. ..... in data.....
che è stata posta l'indicazione all'esecuzione di una **ARTRO-RISONANZA MAGNETICA.**
A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni verbali e come da documentazione sopra riportata inerenti le **modalità di esecuzione** e i benefici attesi dall'esame, le possibili complicanze ragionevolmente prevedibili, le alternative (dove ci siano) ed il diritto di rifiutare o sospendere in qualsiasi momento il trattamento e le conseguenze derivanti dalla scelta e quindi, **in piena coscienza**, **acconsento** all'esecuzione della prestazione sopra indicata.

Data.....

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale*)

.....

Timbro e firma del Medico che richiede l'esame.....

Timbro e firma del Medico Radiologo

ARTRO RM

Preparazione esame Artro RM:

1. il giorno dell'esame può fare una colazione liquida e restare digiuno fino alla fine della procedura diagnostica.
2. Assumere augumentin 1g da due giorni prima dell'esame e continuarlo fino a quattro giorni dopo l'esame

Grazie per la gentile collaborazione.

Si ricorda che nella nostra struttura si può pagare il ticket sanitario esclusivamente tramite **moneta elettronica**.