

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.

	MOD.c.p.031 P.I.	Data emissione	Causale	Redazione e verifica	Approvazione
Valmontone Hospital spa	Revisione 0	08/08/2017	Prima emissione	RGQ	DA

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 testa 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

Valmontone Hospital spa	MOD.c.p.031 P.I.	Data emissione	Causale	Redazione e verifica	Approvazione
	Revisione 0	08/08/2017	Prima emissione	RGQ	DA

<i>Valmontone Hospital spa</i>	Sede legale ed operativa Via dei Lecci snc - 00038 Valmontone (RM)	MOD c.p. 13
		Rev.00
		Data:20/11/2017
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA'	Pagina 1 di 1
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 Augmentin 1g da due giorni prima dell'esame e continuarlo fino a quattro giorni dopo l'esame

Grazie per la gentile collaborazione.

Valmontone Hospital spa	MOD c.p. 13	Data emissione	Causale	Redazione e verifica	Approvazione
	Revisione 00	20.11.17	Prima emissione	RGQ	DA