

**CONSENSO INFORMATO
IMPIEGO DEL MEZZO DI CONTRASTO IN RISONANZA MAGNETICA
SOGLASJE ZA
IZVEDBO MAGNETNE RESONANCE S KONTRASTNIM SREDSTVOM**

Il medico che La segue ha ritenuto opportuno proporLe di sottoporsi ad un esame di risonanza magnetica. / **Vaš lečeči zdravnik Vam je predlagal pregled z magnetno resonanco.**

La si informa che questo esame utilizza i campi magnetici e le radiofrequenze (analoghe a quelle della radio) per vedere all'interno del Suo corpo. Il Suo medico ritiene che questo esame fornirà delle informazioni per capire meglio il Suo problema clinico e quindi trattarlo con la terapia più opportuna. / **Obveščamo vas, da se pri tej preiskavi uporabljajo magnetna polja in radijske frekvence (podobno kot pri radiju), ki omogočajo vpogled v vaše telo. Vaš zdravnik meni, da bo ta preiskava zagotovila informacije za boljše razumevanje vaše klinične težave in tako zdravljenje z najprimernejšo terapijo.**

Durante l'esame di risonanza magnetica è talvolta necessario che Le venga somministrato un mezzo di contrasto, ossia un liquido che ci permetterà di vedere meglio i Suoi organi. Esso viene iniettato in una vena del braccio prima di acquisire le immagini di risonanza magnetica. / **Med preiskavo z magnetno resonanco je včasih treba uporabiti kontrastno sredstvo, tj. tekočino, ki nam omogoči, da bolje vidimo vaše organe. Pred slikanjem z magnetno resonanco vam ga vbrizgajo v žilo na roki.**

I mezzi di contrasto attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri e sono stati somministrati a milioni di pazienti, ma occasionalmente possono dare dei problemi. I medici e il personale paramedico del servizio di Radiologia sono addestrati per curare nel modo migliore queste reazioni nel caso esse si verificassero. I tipi di reazioni che si manifestano in casi sporadici sono: / **Kontrastna sredstva, ki so trenutno na razpolago, so izjemno varna in so bila uporabljena pri milijonih pacientov, vendar občasno lahko povzročijo težave, t.i. stranske učinke. Zdravniki in zdravstveno osebje v radiološki službi so usposobljeni, da te reakcije, če se pojavijo, čim bolje obravnavajo. Vrste reakcij, ki se pojavijo v redkih primerih, so:**

1. reazioni minori, come starnuti o nausea. Queste reazioni non richiedono alcuna terapia medica e la probabilità che esse si verificano è circa di 1 caso su 100 pazienti (1%) / **manjše reakcije, kot sta kihanje in slabost. Le te ne zahtevajo zdravljenja, verjetnost pojava je približno 1% (1 bolnik na 100).**
2. reazioni severe: queste reazioni richiedono di solito una terapia medica e comprendono ad esempio difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari, convulsioni o perdita di coscienza. La probabilità che si verifichi una reazione di questo tipo è circa di 1 su 10.000 pazienti (0.01%). Assai raramente, come succede con molti farmaci, i mezzi di contrasto possono causare il decesso. La probabilità che ciò avvenga è più teorica che reale essendo stata riportata in 1 solo caso su 5.000.000 di esami con mezzo di contrasto. / **hujše reakcije: običajno zahtevajo zdravniško**

pomoč; vključujejo oteženo dihanje, neredno bitje srca, krče ali izgubo zavesti. Verjetnost pojava je približno 0.01% (1 bolnik na 10.000). Zelo redko, tako kot pri številnih zdravilih, lahko kontrastno sredstvo povzroči smrt. Verjetnost, da se to zgodi je bolj teoretična kot dejanska, saj so o tem poročali le pri eni preiskavi na 5.000.000.

3. in casi estremamente rari e solo in pazienti affetti da insufficienza renale grave o sottoposti a dialisi è stata segnalata una fibrosi progressiva che interessa soprattutto gli arti con possibilità di inabilità permanente. / **v izjemno redkih primerih in le pri bolnikih s hudo ledvično odpovedjo ali na dializi so poročali o progresivni fibrozi, ki prizadene predvsem okončine z možnostjo trajne invalidnosti.**

Il/la sottoscritto/a / **Podpisani/a**

(nome / **ime**) _____ (cognome / **priimek**) _____

dichiara di essere stato informato esaurientemente in merito all'esame radiologico da eseguire, sulle indicazioni e gli eventuali rischi e conseguenze che da esso possono derivare. Confermo di aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite (attraverso questo foglio) e pertanto acconsento a sottopormi a questa procedura. / **Izjavljam, da sem bil(a) v celoti obveščen (a) o navodilih za radiološko preiskavo, ki jo je treba opraviti, ter o morebitnih tveganjih in posledicah, ki bi lahko nastale v njenem teku. Potrjujem, da sem v celoti razumel/a informacije objasnjene na tem listu, in soglašam s posegom.**

Firma / **Podpis** _____ Data / **datum** _____

Firma del Medico / **Podpis zdravnika** _____ Data / **datum** _____

Nego lo stato gravidico / **Trenutno nisem noseča** (firma / **podpis**) _____

Data / **datum** _____

Versione / Različica 21/01/21

DAI DI DIAGNISTICA PER IMMAGINI
Radiologia Ospedale Cattinara - Strada di Fiume 447 - 34149
Triestetel 040/399 4372; fax 040/3992604
Radiologia Ospedale Maggiore - Piazza Ospitale 1 - 34134
Triestetel 040/399 4556; 040/3994421; 040/3994361
e-mail: cova@gnbts.univ.trieste.it;
mariaassunta.cova@asugi.sanita.fvg.it Centralino: 040 3991111
C.F. e P. IVA 01337320327
asugi.sanita.fvg.it - pec: asugi@certsanita.fvg.it