CONSENSO INFORMATO ALL' ARTROGRAFIA

Il Medico che la segue ha ritenuto opportuno proporle di sottoporsi ad artrografia.
La si informa che per eseguire questa manovra si usa l'Ecografia, la TC o la fluoroscopia al fine di inserire con precisione un ago e quindi iniettare il mezzo di contrasto in cavità articolare. Questa manovra viene eseguita previa anestesia locale.
Esistono dei rischi connessi alla puntura della cavità articolare essenzialmente correlabili **alla possibilità che quest'ultima si infetti.** Evenienza molto rara ed eventualmente curabile con adeguata terapia. Dopo la procedura si dovrà inoltre **mantenere a riposo l'arto** che ha subito l'iniezione per almeno 24 ore.

Io sottoscritto/a (nome)…… **(cognome)**……

Nato il ……..

Dichiaro di essere stato adeguatamente informato dal Medico Radiologo sulla procedura che sto per eseguire e di non essere allergico al lattice ed ai disinfettanti cutanei ed alla Lidocaina. Inoltre, dopo aver discusso delle indicazioni, dell'assenza di procedure alternative e dei possibili effetti collaterali, accetto la procedura proposta dal mio Medico di fiducia che mi ha inviato presso la Radiologia per l'esecuzione di essa. Dichiaro di essere stato esaurientemente informato dal Medico Radiologo sulla procedura che sto per eseguire e sugli eventuali rischi e conseguenze che da esso possono derivare.
Confermo inoltre di aver ben compreso le spiegazioni che sono state fornite e pertanto acconsento di sottopormi a questa procedura.

☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO all'effettuazione della procedura su indicata**

Firma del paziente*……..Data……..……
* la firma deve essere sempre apposta dal paziente, anche se minorenne

Nego lo stato gravidico (Firma)……..

DA FIRMARE IN CASO DI PAZIENTE MINORENNE

Firma del padre……..……Firma della madre……..…….

Data…… Data……

Trieste, il …… Il Medico Radiologo……

A USO INTERNO
Il paziente è stato identificato per due volte con diversa modalità

Firma dell'operatore……Data……

DAI DI DIAGNISTICA PER IMMAGINI
Radiologia Gorizia - Monfalcone
Sede di Gorizia: Via Fatebenefratelli 34, 34170 tel. 0481/592232 - centralino 0481/5921
Sede di Monfalcone: Via Galvani 1, 34074 tel. 0481/487240 - centralino 0481/4871

paolo.cassetti@asugi.sanita.fvg.it
radiologiago@asugi.sanita.fvg.it
radiologiamo@asugi.sanita.fvg.it