

Consenso informato

ALL'IMPIEGO DEL MEZZO DI CONTRASTO IN RISONANZA MAGNETICA

Il medico che La segue ha ritenuto opportuno proporLe di sottoporsi ad un esame di risonanza magnetica.

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.

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.

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:

1. reazioni minori, come starnuti o nausea. Queste reazioni non richiedono alcuna terapia medica e la probabilità che esse si verifichino è circa di 1 caso su 100 pazienti (1%)
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.
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.

Il/la sottoscritto/a
(nome) _____ (cognome) _____

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.

Firma _____ Data _____

Firma del Medico _____ Data _____

Nego lo stato gravidico (Firma) _____ Data _____

Versione 21/01/21

DAI DI DIAGNOSTICA 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