

CONSENSO INFORMATO ALLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE CON MEZZO DI CONTRASTO IN RM

PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Peso (kg) _____ sesso LIM LIF

IL TIPO DI ESAME NECESSITA DELLA VISIONE DI ESAMI PRECEDENTI O CARTELLA CLINICA DEL PAZIENTE

Nota informativa relativa all'esame RM: La Risonanza Magnetica (RM) é una tecnica diagnostica che NON utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive. La Risonanza Magnetica di base si configura come un esame diagnostico non invasivo e in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza.

Il/la sottoscritto/a, perfettamente in grado di intendere e di volere, dichiara di essere stato/a esaurientemente informata circa l'indicazione clinica, l'utilità, le modalità di esecuzione, tutte le possibili reazioni avverse e i fattori di rischio della somministrazione di mezzo di contrasto. In particolare che:

- La somministrazione del mezzo di contrasto per via endovenosa é parte integrante dell'esame RM e, in alcuni tipi di indagine, é indispensabile per una corretta diagnosi.

A riguardo La informiamo che le caratteristiche di tali farmaci permettono tranquillità di impiego, pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione iniettabile" (Circolare del Ministero della Sanità 900.VI/11.AG./642 del 17.9.97).

I pazienti che effettuano un esame RM con somministrazione di mezzo di contrasto paramagnetico a base di Gadolinio endovena devono eseguire preliminarmente il dosaggio della **CREATININA** ed **eGFR** del sangue e presentarlo al personale medico della sezione di RM per poterne valutare la funzionalità renale ed escludere una eventuale condizione di insufficienza renale." ***I suddetti esami hanno una validità di 3 mesi.***

I.R. moderata se eGFR 30-60 ml/min/1,73 mq

I.R. grave se eGFR <30-60 ml/min/1.73mq

I.R. Moderata ☐ SI ☐ NO

I.R. Grave ☐ SI ☐ NO

- La somministrazione del mezzo di contrasto può talora comportare alcuni lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito) che si risolvono spontaneamente o con una leggera terapia endovenosa. In casi rarissimi e con un'incidenza non prevedibile e quantificabile ma comunque molto bassa, può indurre anche reazioni allergiche gravi fino allo shock anafilattico. E' necessario quindi comunicare al Medico Responsabile dell'esame ogni eventuale tipo di allergia prima dell'esame stesso.

Precedenti reazioni allergiche a farmaci, mdc o altre sostanze

In presenza di precedenti reazioni allergiche a mezzo di contrasto, a farmaci o altre sostanze é necessario eseguire la premedicazione desensibilizzante con:

- **Prednisolone 50 mg per os 13 ore, 7 ore e 1 ora prima dell'esame**
- **Cetirizina 10 mg la sera prima e la mattina del giorno dell'esame.**

L'esame richiesto non verrà eseguito qualora il Paziente non risultasse premedicato.

- Un medico esperto nelle metodologie di diagnostica mediante Risonanza Magnetica sempre presente durante l'esecuzione dell'esame RM ed un Medico Rianimatore é sempre immediatamente reperibile all'interno della struttura per garantire un pronto intervento in caso di emergenza.
- Ogni eventuali modalità e tempi di interruzione in relazione all'effettuazione dell'esame RM. - Ogni eventuale chiarimento in merito all'esecuzione dell'esame RM può essere richiesto al personale del servizio RM. Il/La sottoscritto/a, informato/a sui rischi connessi qualora l'esame RM richiedesse l'impiego del mezzo di contrasto, perfettamente in grado di intendere e di volere,

☐ ACCONSENTE

☐ NON ACCONSENTE

all'uso del mezzo di contrasto.

Data_____Firma_____

Oppure cognome e nome dell'Esercente

- ☐ la potestà genitoriale dell'Interessato,
- ☐ la tutela legale dell'Interessato,
- ☐ Amministrazione di sostegno dell'Interessato,
- ☐ legale rappresentante

Altro: _____

Data_____Firma_____

(Allegare copia di nomina e documento identità)

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE