

CONSENSO PER INDAGINI DI RISONANZA MAGNETICA CON SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA MEZZO DI SOSTANZE PARAMAGNETICHE

Nel corso dell'indagine richiesta, per poter fornire elementi utili alla diagnosi del Suo caso, è necessario somministrare mediante iniezione in vena una particolare sostanza detta mezzo di contrasto. Questo permette di riconoscere con maggiore chiarezza sia strutture normali (in particolare vie escrettrici urinarie, vasi arteriosi e venosi) sia eventuali processi patologici e spesso di precisarne la natura.

CONTROINDICAZIONI E PRECAUZIONI D'USO

(situazioni nelle quali il MdC non deve essere somministrato o somministrato con particolare cautela)

- ↳ Gravidanza;
 - ↳ Allattamento: anche se non esistono in formazioni del tutto certe sembra che il mezzo di contrasto venga eliminato nel latte e pertanto è consigliabile sospendere l'allattamento per almeno 24 ore dopo l'esame;
 - ↳ Allergie (a farmaci, rinite, orticaria, allergia alimentare, allergia ai metalli, asma allergico, ipersensibilità ai mezzi di contrasto paramagnetici): deve essere effettuata apposita terapia prima dell'esame;
 - ↳ Gravi disfunzioni renali: è necessario determinare la creatinina ematica prima dell'esame;
- Si raccomanda vivamente di informare il personale dell'eventuale esistenza di una delle situazioni sopraelencate.

EFFETTI COLLATERALI E REAZIONI AVVERSE

Il mezzo di contrasto può raramente provocare alcune reazioni avverse che vengono classificate come **lievi** (nausea, vomito, prurito), **moderate** (vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo) e sono in genere risolte con semplici provvedimenti terapeutici. Rarissimamente, si possono verificare reazioni **severe** (shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-respiratorio) che in casi eccezionali possono provocare il decesso.

Tutto ciò premesso, il/la sottoscritto/a, con la presente dichiara di aver letto e compreso quanto esposto nel presente modulo e di aver ricevuto dal dott. ogni ulteriore informazione in merito, rispondendo esaurientemente ad ogni mio quesito e richiesta di precisazioni in merito a:
.....
illustrandomi quali sarebbero le conseguenze qualora decidessi di NON effettuare tale accertamento/procedura e di essere, conseguentemente, in grado di esprimere una consapevole scelta.

Alla luce di quanto esposto, in data il/la sottoscritt/a dichiara di ACCETTARE l'effettuazione dell'esame con mezzo di contrasto paramagnetico.

Data

Firma del paziente

Firma del Medico responsabile dell'esecuzione dell'esame

N.B.: Se il paziente è minore di anni 18 il consenso deve essere rilasciato da un genitore o da una persona esercitante la patria potestà.