

**INFORMATIVA ALL'ESAME ARTRO-TC E ARTRO-RM**

In caso di esecuzione di artro-RM si rimanda all'informativa sull'esecuzione dell'esame RM.

In caso di esecuzione di artro-TC si rimanda all'informativa sull'esecuzione dell'esame TC.

Dopo aver praticato un'anestesia locale, il Medico eseguirà sotto guida ecografica o RX (con utilizzo di apparecchiatura specifica) una puntura nell'articolazione ed inietterà un mezzo di contrasto, ossia un liquido contenente iodio (in caso di artro-TC) o Gadolinio (in caso di artro-RM) ed eventualmente dell'aria.

Nelle 24 ore successive all'esame sarà opportuno non affaticare l'articolazione studiata, al fine di favorire il riassorbimento dell'aria e del liquido iniettati.

Sono possibili rare complicazioni legate alla somministrazione del mezzo di contrasto, quali svenimento, emartro, artrite settica (infezione dell'articolazione) e ipotetiche reazioni avverse.

Il personale dell'Unità di Diagnostica per Immagini della Friuli Coram è attrezzato e formato per affrontare tale eventualità.

**Fattori di rischio e profilassi:** si rimanda al consenso informato al mezzo di contrasto di TC ed RM, per le reazioni e la profilassi farmacologica legate al mezzo di contrasto.

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE  
DELL'INDAGINE DI ARTRO-RM O ARTRO-TC**

IL PAZIENTE (COGNOME E NOME) \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Oppure (per utenti minorenni)**

lo sottoscritto, \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Documento d'identità \_\_\_\_\_

In qualità di  Esercente la potestà genitoriale  Tutore  Amministratore di sostegno  Legale rappresentante

Dichiara con la presente:

- ❖ Di essere stato adeguatamente informato, anche mediante informativa, e di aver compreso in modo chiaro la procedura a cui mi sottopongo;
- ❖ Di essere stato informato che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- ❖ Di aver avuto esauriente risposta a tutti i quesiti relativi alla procedura proposta con particolare riguardo agli obiettivi, ai benefici ed alle possibili conseguenze in caso di rifiuto, ai rischi ed alle complicità insite di tutte le fasi del trattamento;
- ❖ Di essere a conoscenza di poter revocare il consenso in qualsiasi momento della procedura;
- ❖ Di accettare di sottopormi alla procedura di:
  - Artro-RM
  - Artro-TC
- ❖ Di accettarne, quindi, l'esecuzione esprimendo il mio libero consenso:

Udine, \_\_\_\_\_

Firma del Paziente (o di chi ne esercita la patria potestà) \_\_\_\_\_

Si dichiara che all'interessato sono state fornite tutte le informazioni relative all'esame con particolare riguardo agli obiettivi, ai benefici ed alle possibili conseguenze in caso di rifiuto, alle eventuali alternative terapeutiche, ai rischi ed alle complicità insite in tutte le fasi del trattamento

Firma del Medico \_\_\_\_\_

**REVOCA DEL CONSENSO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

REVOCO il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Data, \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma del medico responsabile \_\_\_\_\_