

CONSENSO INFORMATO PER L'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE CON MEZZI DI CONTRASTO  
PARAMAGNETICI

Gentile Signore/a,

l'indagine diagnostica prescritta prevede l'utilizzo di MEZZI DI CONTRASTO ENDOVASCOLARI che vanno somministrati per via venosa.

Questi preparati rendono possibile una migliore definizione delle strutture anatomiche e della patologia in causa e del dettaglio anatomico. Le reazioni avverse legate al loro utilizzo si presentano in meno dell'1% dei casi e sono spesso localizzate al punto di iniezione (senso di calore). Rare le reazioni medio-gravi (0,05%) e quasi sempre di natura allergica.

**La preghiamo, pertanto, di segnalare preventivamente al Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame tutte le patologie di cui è portatore ed in particolare quelle prima riportate.**

Se le informazioni riportate in questo foglio, le risultassero poco comprensibili o avesse dubbi in proposito, si rivolga con fiducia al personale del servizio deputato all'esecuzione dell'indagine richiesta, che le fornirà ogni possibile ulteriore chiarimento e informazione.

**CONSENSO**

Si prega di firmare questa dichiarazione di consenso informato all'esecuzione dell'esame mediante la somministrazione endovenosa di sostanze paramagnetiche confermando di avere letto il documento in ogni sua parte. Se il paziente è minorenne il consenso deve essere rilasciato da un genitore o da chi ne esercita la potestà.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente \_\_\_\_\_

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER L'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE CON MEZZI DI CONTRASTO

PARAMAGNETICI

Paziente \_\_\_\_\_

Medico inviante \_\_\_\_\_

Indagine richiesta \_\_\_\_\_

Sospetto clinico per cui si richiede l'indagine radiologica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anamnesi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergia al mezzo di contrasto	si				no
Altre allergie note	si				no
Ipertensione	si	lieve	media	grave	no
Cardiopatìa	si	lieve	media	grave	no
Encefalopatìa	si				no
Nefropatìa	si	lieve	media	grave	no
Diabete	si				no
Epatopatìa	si	lieve	media	grave	no
Malattìa infettiva	si				no
Anamnesi per mieloma	si				no

Data \_\_\_\_\_ Firma del Medico richiedente \_\_\_\_\_

Il Medico Radiologo responsabile dell'esecuzione dell'esame preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica AUTORIZZA l'esecuzione dell'indagine.

Firma del Medico Radiologo

Responsabile dell'esecuzione dell'esame

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Consenso informato del paziente – IL PAZIENTE:**

ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni alla somministrazione di sostanze paramagnetiche e dichiara di aver risposto in modo veritiero al questionario sottoposto ed acconsente all'esecuzione dell'esame.

Se del caso, autorizza la somministrazione di eventuale liquido di contrasto:

SI

NO

Il Paziente

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_