



Sig./ra \_\_\_\_\_

Data di prenotazione esame \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

Presentarsi **muniti di impegnativa del medico curante e codice fiscale.**

**Nell'impossibilità di rispettare l'appuntamento si prega cortesemente di avvisare con due giorni di anticipo telefonando ai numeri sopraindicati.**

## **ARTRO-RM**

**PROCEDURA:** la **ARTRO-RM** è una indagine diagnostica che consiste nell'esecuzione di una Risonanza Magnetica, previa introduzione nella cavità articolare in esame, di una soluzione di 15 ml composta da mezzo di contrasto paramagnetico (**Gadolinio**) m.d.c. iodato non ionico e soluzione fisiologica. L'iniezione avviene attraverso via percutanea sotto guida fluoroscopica.

**COMPLICANZE:** sono rare e consistono in:

- ematoma nella sede dell'iniezione
- artrosinovite
- reazione allergica al m.d.c. iodato.

## **CONSENSO INFORMATO**

Il/La sottoscritto/a Sig./ra \_\_\_\_\_  
adeguatamente informato/a sulla natura dell'indagine proposta, sulle modalità di esecuzione, sui possibili inconvenienti e sui benefici attesi, **accetta** di sottoporsi all'esame di **ARTRO-RM**.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma del Paziente

\_\_\_\_\_

Firma del Medico

**N.B.: si raccomanda di portare con sé eventuale documentazione clinico-radiologica precedente**