

## 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,

**Acconsento**

**Non acconsento**

di sottoporsi all'esame di **ARTRO-RM**.

Data: \_\_\_\_\_

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

Firma del Medico responsabile alla procedura \_\_\_\_\_

***In caso di minore/incapace è necessaria la firma di un genitore o rappresentante legale.***

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore/rappresentante legale  
di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ dichiaro  
di essere stato/a informato/a riguardo la procedura e pertanto acconsento all'esecuzione dell'esame.

Data: \_\_\_\_\_ Firma del genitore o del rappresentante legale \_\_\_\_\_

#### Revoca del consenso

prima dell'inizio del trattamento

nel corso del trattamento

Data \_\_\_\_\_

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

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