

Consenso informato alla somministrazione di mezzo di contrasto paramagnetico

Gentile Sig.

Allo scopo di effettuare un accurato studio del problema clinico per il quale Lei si sottopone all'esame, si rende necessaria la somministrazione di mezzo di contrasto.

Il mezzo di contrasto è un farmaco che viene somministrato, dietro indicazione del medico radiologo, per via vascolare, generalmente endovenosa.

Il mezzo di contrasto usato è stato scelto tenendo in considerazione i parametri di qualità, efficacia e tollerabilità, con l'obiettivo di utilizzare il prodotto migliore presente sul mercato.

In diagnostica RMN il mezzo di contrasto è utile per precisare la diagnosi ed arricchire le informazioni diagnostiche che si ottengono con l'esame diretto; infatti, oltre ad evidenziare meglio la struttura dei vasi sanguigni, segnala e delinea con più accuratezza alcune lesioni che colpiscono organi e tessuti.

In casi rarissimi, specialmente in pazienti già affetti da altri fenomeni allergici (che vanno preventivamente sempre segnalati al medico), il mezzo di contrasto (come ogni altro farmaco), **può causare reazioni allergiche accentuate**. Queste reazioni, quasi sempre domabili con idonei farmaci, sono fortunatamente rarissime ma possono rappresentare un rischio per la vita del Paziente.

Non esistono esami o test di qualsiasi natura (clinici, laboratoristici, etc.) che permettano di prevedere l'insorgenza di intolleranza/allergia a mezzi di contrasto.

Per tale motivo noi abbiamo bisogno della Sua autorizzazione alla somministrazione del mezzo di contrasto, che Lei ci concede firmando questo stampato.

Il personale del Servizio di Radiodiagnostica che eroga l'esame sarà, ovviamente, a Sua disposizione per ogni chiarimento. Grazie.

Dichiarazione di consenso

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)
..... nato/a a il/...../.....,

dichiaro di essere stato/a esaurientemente informato/a sul tipo di procedura alla quale verrò sottoposto e sulle eventuali controindicazioni alla somministrazione del MDC paramagnetico.

Mi sono stati spiegati in modo chiaro e per me comprensibili i rischi generici inerenti tale pratica e quelli specifici del caso, a fronte dei benefici che potrò ricevere.

Acconsento, pertanto, coscientemente ed in piena consapevolezza ad essere sottoposto al trattamento diagnostico di Risonanza Magnetica con mezzo di contrasto, come da richiesta del mio medico curante.

Firma del paziente o dell'accompagnatore

responsabile _____
informato)

(per consenso

Io sottoscritto Dott. confermo ed attesto, in modo contestuale alla sottoscrizione del Sig. che lo stesso, a mio avviso, ha interamente compreso quanto esposto nel colloquio informativo avvenuto in data odierna.

Mezzo di Contrasto somministrato (nome, lotto e scadenza)

.....

Campobasso,

consenso

Firma del medico richiedente il

.....