

CONSENSO INFORMATO ALL'INIEZIONE E.V. DI M.D.C. PER RISONANZA MAGNETICA

Il/la sottoscritto/a nato il.....

sono **consapevole** che l'impiego di mezzo di contrasto è necessario per la migliore accuratezza diagnostica dell'indagine e sono stato informato sia dei vantaggi diagnostici, sia degli effetti indesiderati che potrebbero eventualmente presentarsi. In particolare ho preso visione, compreso e potuto discutere con il medico quanto segnalato qui di seguito. La frequenza di **reazioni avverse** al Gadopentato di Gadolinio (Gd-DTPA) è compresa tra **1.2 e 2.4%**; si tratta di reazioni prevalentemente cosiddette di minima/media entità (nausea, sensazione di calore o di lieve dolore nel punto di iniezione, cefalea, formicolio, capogiro); la probabilità di una reazione simil-allergica di tipo orticarioide a questi mezzi di contrasto è assai più bassa (0.77% con Gd-DTPA); reazioni anafilattoidi severe, pericolose per la vita, hanno possibilità di verificarsi nello 0.04% dei casi (Gd-DTPA) (1 caso di decesso segnalato su 5.000.000 di esami con mdc). A causa del rischio potenziale, associato ad alcuni mezzi di contrasto (m.d.c) a base di gadolinio (Gd) in pazienti con **insufficienza renale**, di sviluppo di **fibrosi nefrogenica sistemica** (NSF), una forma di fibrosi progressiva soprattutto degli arti con possibilità di inabilità permanente, **l'uso di alcuni m.d.c. a base di Gd è controindicato nei casi di insufficienza renale grave** (valori di GFR < 30ml/min/1,73m²). **Nei casi di insufficienza renale moderata** (valori di GFR > 30 < 59 ml/min/1,73m²) **il m.d.c deve essere usato con cautela.**

Comprovato rischio allergico: no _ sì _

Note:

Il/la sottoscritto/a

DICHIARA

di essere stato informato esaurientemente e in maniera ben comprensibile in merito all'esame radiologico cui si sottopone e ai rischi connessi, di aver potuto chiedere ulteriori spiegazioni.

_ esprime il proprio consenso _ nega il proprio consenso

Li.....

Firma del Paziente

Il medico Radiologo