RADIOLOGIA BONVICINI RADIOLOGIE
DOTT. PAOLO BONVICINI | S.A.S. – O.H.G.

Via Michael Pacher 12, 39100 Bolzano | Michael-Pacher-Straße 12, 39100 Bozen
Tel. 0471 442700 (opzione 1) – Fax 0471 442720
Email: accettazione.radiologia@gruppobonvicini.it

SCHEDA DI CONSENSO INFORMATO
ALL'USO DI MEZZO DI CONTRASTO (MDC) IN R.M.

A volte, per effettuare l'esame di RMN, occorre l'iniezione endovenosa di un mezzo di contrasto paramagnetico (Gadolinio). Il suo uso è sufficientemente sicuro, tuttavia, come per tutti i farmaci, può esservi qualche rischio di reazione allergica. Il personale è addestrato a rispondere a qualunque situazione di emergenza possa accadere.

Controindicazioni e precauzioni d'uso:
(situazioni nelle quali il MdC non deve essere somministrato o somministrato con particolare cautela):

- Allattamento: anche se non esistono informazioni del tutto certe sembra che il mezzo di contrasto venga eliminato nel latte e pertanto è consigliabile sospendere l'allattamento per almeno 24 ore dopo l'esame;
- Allergie (rinite, orticaria, allergia alimentare, allergia ai metalli, asma allergico, ipersensibilità ai mezzi di contrasto paramagnetici);
- Gravi disfunzioni renali; gravidanza

Effetti collaterali e reazioni avverse

Il mezzo di contrasto può raramente provocare alcune reazioni avverse che vengono classificate come **lievi** (nausea, vomito, prurito), **moderate** (vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo) e sono in genere risolte con semplici provvedimenti terapeutici. Rarissimamente, si possono verificare reazioni **severe** (shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-respiratorio).

Pertanto io _____ nato il _____

acconsento ☐ **non acconsento** ☐ a sottopormi alla eventuale iniezione di mezzo di contrasto.

Portare con sé il giorno dell'esame:

- Esami di laboratorio (creatinina e VFG)
- Tutta la documentazione in possesso (esami lab., TC, RM, Ecografie, RM ecc…)
- **DIGIUNO DA 4-6 ore**

Per il medico curante:

Prevenzione della **Fibrosi Nefrogenica Sistemica (NSF) da MDC con GADOLINIO**:
Sulla base della Anamnesi e/o Laboratorio (Creatinina + eGFR) può essere esclusa una insufficienza renale grave (GFR< 30 ml/min/1,73 m^2) o media (GFR 30-59ml/min1,73m^2).

SÌ ☐ **NO** ☐

Data ____ /____ /_____ Firma del paziente (*) _____

Firma e timbro del medico prescrivente _____