



Artografia

Cognome:
Nome:
Data di nascita:

INSTITUT DIAGNOSTISCHE UND
INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE

Dr. med. J. Fischer, *Chefarzt*
Dr. med. C. Siewert, *Stv. Chefarzt*
Dr. med. T. Merl, *Leitender Arzt*
Dr. med. St. Müller, *Leitender Arzt*

Egregio paziente

Il Suo medico le ha sottoposto l'esame di un'articolazione. Per aumentare il valore informativo dell'esame, è necessario iniettare preventivamente un mezzo di contrasto nell'articolazione.

Svolgimento dell'esame

L'iniezione del mezzo di contrasto avviene prima dell'esame di RM o TC da parte del radiologo. Anche se si tratta solo di una piccola puntura, è necessario un lavoro sterile. La regione articolare viene disinfettata e coperta con un panno sterile. L'anestesia locale è usata per rendere l'area insensibile. Sotto controllo a raggi X, l'ago viene posizionato nell'articolazione dove viene iniettato il mezzo di contrasto. A questo punto ha luogo l'esame vero e proprio della RM o della TC.

Possibili effetti collaterali

Il mezzo di contrasto può causare una sensazione di pressione nell'articolazione, che scompare in breve tempo. L'eventuale dolore all'articolazione dovrebbe durare solo per un breve periodo di tempo. Lesioni o infiammazioni delle strutture circostanti sono complicazioni molto rare e trattabili.

Dopo l'esame

Il giorno dell'esame si consiglia di non sforzare eccessivamente l'articolazione interessata. Sul punto dell'iniezione riceve un cerotto che deve essere rimosso non prima di 24 ore.

Se il mezzo di contrasto viene iniettato in un'articolazione sulle gambe, si dovrebbe evitare di guidare un'auto per il resto della giornata.

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande.

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Soffre di allergie? (mezzo di contrasto, anestesia locale...) Quali: | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| Prende farmaci per fluidificare il sangue? | <input type="checkbox"/> sì | <input type="checkbox"/> no |

In caso di domande il nostro personale è lieto di essere a Sua disposizione.

Confermo di aver preso atto delle informazioni e di aver risposto in modo veritiero alle domande soprariportate. Con la mia firma do il mio consenso all'esame.

Data: _____ Firma del paziente:
(o della persona responsabile)

Visto personale di radiologia: