

	DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI CINE-RISONANZA MAGNETICA CON STRESS FARMACOLOGICO – CINE-RISONANZA MAGNETICA CUORE	CONS. 10/RADIO
		Rev. 2
		Data 23/06/2025
		Pagina di 1/2

DATI DEL PAZIENTE E QUESITO DIGNOSTICO	
Cognome e Nome	<i>Etichetta nosografica</i>
Data di nascita / / Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<input type="checkbox"/> Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Ricovero presso il reparto di:	
Esame richiesto: CINE-RM CON STRESS FARMACOLOGICO – CINE-RM CUORE	
Quesito diagnostico:	

A COSA SERVE

Lo stress-MRI con Regadenoson adenosina viene utilizzato per indurre ischemia al cuore.

In presenza di malattia coronarica, l'ischemia si manifesta con alterazioni del movimento del cuore visibili con la risonanza magnetica per immagini.

Questo test è largamente impiegato ed è di riconosciuta utilità per valutare la presenza e la gravità di una eventuale malattia coronarica.

Le informazioni ottenute sulla situazione coronarica potranno aiutare il medico nella valutazione diagnostica e terapeutica della malattia.

COME SI EFFETTUA

Viene effettuata iniezione endovenosa di Regadenoson adenosina. Durante la prova, polso, pressione arteriosa ed elettrocardiogramma saranno tenuti sotto controllo; saranno inoltre prontamente disponibili apparecchiature e personale addestrato in grado di fronteggiare situazioni di pericolo per la vita. Il test può essere interrotto in qualsiasi momento e l'effetto dei farmaci annullato rapidamente mediante antidoti specifici; questi antidoti sono pronti per essere utilizzati già prima dell'inizio del test.

COSA PUO' SUCCEDERE

L'esecuzione del test provoca raramente effetti collaterali lievi come mal di testa, senso di vertigine, nausea, dolore al petto, affanno e malessere. Tali effetti possono causare l'interruzione del test e devono essere tempestivamente comunicati al personale medico ed infermieristico. Molto raramente possono verificarsi effetti collaterali più seri, come alterazioni gravi del ritmo cardiaco, infarto del miocardio e scompenso cardiaco acuto.

PREPARAZIONE E RACCOMANDAZIONI

- E' necessario il digiuno da almeno 8 ore. E' consentita solo l'assunzione di acqua fino a 1 ora dall'esame.
- Nelle 24 ore antecedenti l'esame non vanno assunti: caffè, coca cola, tè, vaniglia, cioccolato, banana e tutto ciò che contenga teofillina o caffeina.
- E' necessario sospendere i farmaci beta-bloccanti nelle 48 ore precedenti (secondo indicazione del Medico Cardiologo o del Medico curante).
- E' richiesta la presentazione degli esami ematochimici recenti (non antecedenti a 60 giorni) della funzionalità renale (creatinina + GFR) e dell'emocromo.
- E' necessario portare la documentazione clinica cardiologica precedente ed il modulo di consenso firmato dal medico curante.

Per presa visione

Data _____

Firma del paziente _____

Io sottoscritto/a _____ dopo aver discusso con il medico della mia situazione clinica ed aver ottenuto in proposito chiare risposte ad ogni mia domanda, ho compreso che per la condizione clinica di cui sono affetto/a e per procedere ad una corretta diagnosi si rende necessario sottopormi a:

CINE-RM CON STRESS FARMACOLOGICO – CINE-RM CUORE

Ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito all'esame proposto, anche mediante la lettura di fogli informativi, il cui contenuto mi è stato comunque ampiamente illustrato dal medico.

Mi è noto che in ogni trattamento sanitario vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore.

Ho discusso con il medico della mia specifica situazione ed ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, i benefici che si intendono realizzare giustificano l'esposizione al rischio dei possibili effetti indesiderati.

Sono al corrente che durante l'esame potrò chiedere di interromperlo in qualsiasi momento, anche senza addurre alcuna spiegazione.

Preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a eventuali trattamenti diversi da quelli proposti, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole.

Pertanto, certo/a che un mio eventuale rifiuto non comporterà conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità,

- acconsento**
- non acconsento, pur consapevole delle conseguenze legate a questa mia decisione**

al trattamento proposto.

Sono a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare le complicanze.

Data _____ Firma paziente _____

Data _____ Firma medico proponente _____

Data _____ Firma medico esecutore _____