

Questo esame utilizza i raggi X e serve per indagare l'articolazione ed alcuni tendini connessi, per inquadrare meglio il suo problema clinico e quindi trattarlo con la terapia più opportuna.

Dopo averle praticato una anestesia locale, il Medico radiologo eseguirà sotto controllo scopico (cioè con visualizzazione mediante strumento specifico) una puntura nell'articolazione ed inietterà del mezzo di contrasto, ossia un liquido contenente Iodio, opaco ai raggi X, per la TC o una soluzione paramagnetica per la RM, ed eventualmente dell'aria.

Quindi verranno eseguite delle radiografie e, quando indicato, uno studio TC o RM (artro-TC/artro-RM).

Nelle 24 ore successive all'esame sarà opportuno non affaticare l'articolazione studiata, al fine di favorire il riassorbimento dell'aria e del liquido iniettati.

L'artrografia è un esame sicuro ed è stato eseguito a migliaia di pazienti.

Sono tuttavia possibili rare complicanze legate alla somministrazione del mezzo di contrasto, quali svenimento, artrite settica (infezione dell'articolazione) e ipotetiche reazioni avverse.

Il personale della Radiologia è comunque attrezzato e formato per affrontare tale eventualità.

**Fattori di rischio** per reazioni del tipo "choc anafilattico" al mezzo di contrasto sono: precedenti reazioni al mezzo di contrasto, asma bronchiale, allergie importanti e accertate, insufficienza renale.

E' fondamentale che il paziente comunichi tale situazione al momento della prenotazione, in modo da poter eseguire la profilassi farmacologica prima dell'esame e minimizzare così ogni eventuale rischio.

**La PROFILASSI** va eseguita soltanto in presenza dei seguenti fattori di rischio.

- Per PRECEDENTI REAZIONI A MEZZO DI CONTRASTO NON NOTO, assumere:
  - **Prednisolone 50 mg oppure Metilprednisolone 32 mg, per via orale:**
    - 13 ore prima dell'esame;
    - 7 ore prima dell'esame;
    - 1 ora prima dell'esame.
  - **Antistaminico (ad esempio, Cetirizina) 1 ora prima dell'esame.**
- Per MASTOCITOSI oppure PREGRESSA ANAFILASSI IDIOPATICA oppure ANGIOEDEMA RICORRENTE, assumere:
  - **Prednisolone 50 mg oppure Metilprednisolone 32 mg, per via orale:**
    - 12 ore prima dell'esame;
    - 2 ore prima dell'esame.
  - **Antistaminico (ad esempio, Cetirizina) 1 ora prima dell'esame.**
- Per ASMA BRONCHIALE SINTOMATICO oppure ORTICARIA IN ATTO, se possibile, rimandare l'esame fino a stabilizzazione del quadro clinico o, in alternativa, assumere:
  - **Idrocortisone 200 mg + clorfenamina 10 mg, per via endovenosa, subito prima dell'esame.**

Seguire le indicazioni del Medico di Famiglia (sulla base del protocollo indicativo sopra riportato). Prima dell'esame avverrà, comunque, un colloquio di inquadramento clinico-anamnestico ed esplicativo, per ulteriori chiarimenti, con lo specialista Radiologo che eseguirà l'indagine.

Grazie per la collaborazione.

Firma del Paziente (o del Tutore) \_\_\_\_\_

## Promemoria per ARTROGRAFIA

L'appuntamento è fissato per il giorno \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Prima dell'esame il **Paziente dovrà esibire:**

- richiesta del Medico curante e/o Specialista, comprendente una concisa relazione clinica con il quesito diagnostico, e tessera sanitaria;
- eventuale documentazione clinica, laboratoristica e radiologica precedente, utile all'indagine;
- consenso informato.

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO E CONSAPEVOLE PER INDAGINI CON MEZZO DI CONTRASTO ENDOARTICOLARE

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

dichiaro con la presente che:

- Mi è stata proposta una indagine che necessita della somministrazione endoarticolare di mezzo di contrasto; indagine cui accetto di sottopormi in base a quello che mi è stato illustrato, relativamente ai rischi, agli effetti e alle conseguenze, anche negative, che ne possono derivare, come spiegato nella nota informativa (vedi retro).
- Persistendo dei dubbi, ho potuto porre al Radiologo le domande che ritenevo opportune e ho da questi ricevuto risposte chiare e comprensibili.
- Sono consapevole che posso decidere, in piena autonomia, di non sottopormi all'indagine in oggetto e, d'accordo con il Medico curante, accedere ad altro tipo di indagine, accettando le conseguenze di tale decisione e revocando per iscritto il presente consenso qualora già accordato.

Udine, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Firma del Paziente (o del Tutore)**

**Firma del Medico**