

PREPARAZIONE RISONANZA MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO

Sono richiesti:

- esami ematochimici:
 - ✓ Azotemia
 - ✓ Creatininemia

Tali esami devono essere eseguiti non più di tre mesi prima della data di esecuzione della Risonanza Magnetica.

- digiuno da almeno 6 ore

Prenotazioni e Informazioni:

Tel. 06/32868.1

info@usi.it - www.usi.it

INFORMAZIONE, QUESTIONARIO PRELIMINARE E CONSENSO ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Gentile Signore/a,

l'esame cui Lei verrà sottoposto/a viene effettuato senza l'impiego di Raggi X o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM sfrutta l'impiego di intensi campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF). In alcuni tipo di indagine possono essere somministrate al paziente, per via endovenosa, alcune sostanze con proprietà paramagnetiche come mezzo di contrasto. Ad eccezione di tali casi si configura come un esame diagnostico non invasivo.

L'esame RM, in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza.

Sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi statici di induzione magnetica e alle onde elettromagnetiche RF utilizzati per indagini diagnostiche mediante RM, è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.

Lei dovrà solo mantenere per un certo tempo il migliore grado possibilità di immobilità sul lettino, per consentire informazioni diagnostiche della migliore qualità. Le condizioni di illuminazione e ventilazione sono regolate per assicurare il massimo confort. La preghiamo quindi di restare tranquillo/a durante tutta la durata dell'esame che può ampiamente variare secondo il tipo di indagine necessaria.

Nella sala diagnostica è comunque sempre presente il nostro personale, a Sua disposizione per qualsiasi necessità.

Controindicazione all'esame RM è la presenza di materiale METALLICO presente nel Suo corpo.

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Nome e Cognome: _____

Luogo di nascita: _____ Data di nascita: ___/___/_____ Peso Kg: _____

Motivo dell'indagine: _____

Esame richiesto: _____

Medico richiedente: _____

	SI	NO
Ha eseguito in precedenza esami RM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha eseguito in precedenza esami RM con mezzo di contrasto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto RM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di claustrofobia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È stato vittima di traumi da esplosioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Riservato a pazienti donna

È in stato di gravidanza certa o presunta? SI NO

Ultime mestruazioni avvenute, *indicare*: _____

Ha subito interventi chirurgici su:

Testa _____ Collo _____ Torace _____
 Addome _____ Arti _____ Altro _____

È portatore di:

Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corpi intrauterini (spirale)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defibrillatori impiantati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derivazione spinale o ventricolare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrattori della colonna vertebrale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri tipi di stimolatori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pace-Maker magnetico? <input type="checkbox"/> Pace-Maker amagnetico? <input type="checkbox"/>		
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMAZIONE, QUESTIONARIO PRELIMINARE E CONSENSO ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

	SI	NO
Protesi acustiche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protesi dentarie fisse o mobili?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, etc...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre protesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Indicare localizzazione protesi:</i>		
Schegge o frammenti metallici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stents?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valvole cardiache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni supplementari		
È affetto da anemia falciforme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portato di piercing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Indicare localizzazione piercing:</i>		
Presenta tatuaggi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Indicare localizzazione tatuaggi:</i>		
Sta utilizzando cerotti medicali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Per effettuare l'esame RM occorre togliere:

eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta erniaria - fermagli per capelli - mollette - occhiali - gioielli - orologi - carte di credito o altre schede magnetiche - coltelli tascabili - ferma soldi - monete - chiavi - ganci automatici - bottoni metallici - spille - vestiti con lampo - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici. Asportare cosmetici dal viso.

AUTORIZZAZIONE ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame, preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica, autorizza l'esecuzione dell'indagine RM.

Data ___/___/_____ Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame _____

ESPRESSIONE DEL CONSENSO O DINIEGO DEL PAZIENTE ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA

Nome e Cognome: _____ Data di nascita ___/___/_____

Ritengo di essere stato/a adeguatamente informato/a su rischi e controindicazioni della esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Dichiaro di aver collaborato nel modo ottimale alla compilazione del questionario anamnestico, sulla base delle informazioni e dei chiarimenti ricevuti. Pertanto, in piena libertà di giudizio e consapevole dell'importanza delle risposte fornite:

ACCONSENTO NON ACCONSENTO all'indagine in oggetto.

Data ___/___/_____

Firma Paziente (o Genitore di minore o Tutore-Amministratore di sostegno): _____

Riferimenti eventuale mediatore culturale: _____

N.B. Qualora richiesta la presenza di accompagnatore del Paziente in sala RM, questi deve essere informato sui rischi dell'esame ed è tenuto a sottoscrivere l'apposito modulo di consenso.

Consenso informato per prestazioni di Risonanza Magnetica con somministrazione di mezzo di contrasto paramagnetico a base di Gadolinio

Io sottoscritto/a _____

luogo e data di nascita _____ Cod. Acc.ne _____

dichiaro di aver ricevuto informazioni chiare ed esaurienti sulla procedura diagnostica cui verrò sottoposto/a, consistente in RISONANZA MAGNETICA CON SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PARAMAGNETICO A BASE DI GADOLINIO MEDIANTE INIEZIONE PER VIA ENDOVENOSA e che ho compreso i rischi generici e specifici inerenti a tale procedura, a fronte dei benefici che ne potrò ricevere. In particolare:

- 1) pur non essendo previsti di norma effetti collaterali, l'iniezione del mezzo di contrasto può, come per qualsiasi farmaco, determinare reazioni avverse consistenti in nausea, rigurgito, reazioni cutanee quali *rash* eritematoso e prurito, insufficienza renale, reazioni anafilattiche. Le reazioni avverse avvengono solitamente subito dopo la somministrazione, ma in rari casi esse possono verificarsi anche tardivamente.

Informare immediatamente il personale medico della sezione o il proprio medico in presenza di malessere o di qualsiasi sintomo riconducibile a tali reazioni avverse;

- 2) nei pazienti affetti da insufficienza renale cronica non è indicato il mezzo di contrasto vista la maggiore frequenza rispetto alla popolazione generale, al rischio di sviluppare Fibrosi Sistemica Nefrogenica (FSN), una patologia rara, debilitante e potenzialmente fatale.

Tali pazienti devono comunicare al personale medico della sezione le eventuali terapie farmacologiche.

Prima di accedere alla prestazione di Risonanza Magnetica è richiesto il rilascio dello specifico consenso.

Per garantire continua assistenza ai pazienti, nella struttura sono disponibili farmaci e presidi di primo soccorso ed è sempre presente personale medico.

Ciò premesso, **ACCONSENTO** **NON ACCONSENTO** alla somministrazione del mezzo di contrasto.

Roma, ___/___/_____

Firma Paziente (o Genitore di minore o Tutore-Amministratore di sostegno): _____

Riferimenti eventuale mediatore culturale: _____

Firma del Medico che ha informato la Paziente: _____