

**RISONANZA MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO**  
**Informativa e consenso**

Cognome _____	Nome _____
Nato/a a _____ il _____	Peso _____ Altezza _____
Residente a _____	Via _____
Medico prescrittore _____	Medico curante _____

**LEGGERE CON ESTREMA ATTENZIONE ED EVENTUALMENTE RIVOLGERSI AL MEDICO CURANTE/PRESCRITTORE PER LA PIENA COMPrensIONE DEI QUESITI RIPORTATI A PAG. 2**

**Esame richiesto** (riportare quanto specificato nell'impegnativa) \_\_\_\_\_

**CHE COS'È:** la Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive e, 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. **Tuttavia è prudente non effettuare l'esame di Risonanza Magnetica nelle donne durante il primo trimestre di gravidanza.**

**A COSA SERVE:** viene utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico dell'encefalo e della colonna vertebrale, dell'addome, delle pelvi, dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico.

**COME SI EFFETTUA:** il paziente viene sdraiato su un lettino e, in relazione al tipo di organo da studiare, vengono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Per tale motivo vengono posizionate delle cuffie per attutire i rumori. Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa, che potrebbe dare una sensazione di fresco lungo il braccio. **Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.** Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

**COSA PUÒ SUCCEDERE - EVENTUALI COMPLICANZE:** raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame.

**PER EFFETTUARE L'ESAME DI RM OCCORRE TOGLIERE:** eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, auricolari, 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 ed extension (capelli, ciglia).  
Prima di sottoporsi all'esame asportare cosmetici dal viso e piercing rimovibili.

**DA COMPILARE IN CASO DI PAZIENTE RICOVERATO/DH, PRE E POST RICOVERO**

**Il Medico di Reparto è tenuto a fornire tutte le informazioni relative alla corretta compilazione del questionario anamnestico**

Notizie cliniche e quesito diagnostico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unità Operativa \_\_\_\_\_

Luogo, data \_\_\_\_\_

**Firma del Medico di reparto** \_\_\_\_\_



**QUESTIONARIO ANAMNESTICO per l'ESAME di RISONANZA MAGNETICA**

**Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame. Deve essere letto attentamente e compreso in ogni sua parte. In caso di dubbi rivolgersi al proprio medico curante.**

**La correttezza delle risposte fornite al Personale dell'Equipe RM in fase di somministrazione del questionario è essenziale per il giudizio di idoneità alla esecuzione della indagine RM da parte del Medico Radiologo.**

1. Ha eseguito in precedenza esami di Risonanza Magnetica?  SÌ  NO

2. Soffre di claustrofobia?  SÌ  NO

3. Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?  SÌ  NO

4. Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?  SÌ  NO

5. È stato vittima di traumi da esplosioni?  SÌ  NO

6. Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto?  SÌ  NO

7. Ha subito interventi chirurgici:  SÌ  NO

Se SÌ, specificare la regione anatomica e il tipo di intervento: \_\_\_\_\_

8. È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?  SÌ  NO

9. È portatore di (in caso di risposta positiva portare documentazione):

- Schegge o frammenti metallici?  SÌ  NO

- Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?  SÌ  NO

- Valvole cardiache?  SÌ  NO

- Stents?  SÌ  NO

- Defibrillatori impiantati?  SÌ  NO

- Distrattori della colonna vertebrale?  SÌ  NO

- Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?  SÌ  NO

- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?  SÌ  NO

- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?  SÌ  NO

- Altri tipi di stimolatori?  SÌ  NO

- Dispositivo intrauterino (IUD)?  SÌ  NO

- Derivazione spinale o ventricolare?  SÌ  NO

- Protesi dentarie fisse o mobili?  SÌ  NO

- Protesi metalliche (pregresse fratture, interventi correttivi, etc....), viti, chiodi, filo, etc...?  SÌ  NO

- Pace Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?  SÌ  NO

**Se SÌ, contattare la Radiologia di competenza (Vedi numeri a pag. 1)**

- Altre protesi (es. espansore mammario, ...)?  SÌ  NO

Localizzazione: \_\_\_\_\_

10. Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza?  SÌ  NO

11. È portatore di protesi del cristallino?  SÌ  NO

12. Ha piercing non rimovibili?  SÌ  NO

Localizzazione \_\_\_\_\_

13. Presenta tatuaggi?  SÌ  NO

Localizzazione \_\_\_\_\_

14. Sta utilizzando cerotti medicali?  SÌ  NO

**Luogo, data**

**Firma Paziente/genitore/tutore/AdS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**QUESTIONARIO di VALUTAZIONE del RISCHIO al MEZZO di CONTRASTO**

**Le informazioni acquisite da questo questionario sono fondamentali ai fini di una corretta valutazione del rischio ai Mezzi di Contrasto. In caso di dubbi rivolgersi al proprio medico curante.**

**Creatinina** (da prelievo eseguito negli ultimi 3 mesi) \_\_\_\_\_ **Valore di eGFR** (Velocità di Filtrazione Glomerulare) (dato disponibile nel referto degli esami di laboratorio) \_\_\_\_\_

In caso di **eGFR<35** contattare quanto prima il reparto di Radiologia di competenza.

**1.** Ha mai presentato reazione avversa alla somministrazione del Mezzo di Contrasto che abbia comportato l'interruzione dell'esame e/o somministrazione di farmaci?  SÌ  NO

- molecola responsabile della reazione avversa \_\_\_\_\_

**Se ha risposto SÌ**, telefoni preventivamente in Radiologia di competenza (**Vedi numeri** a pag. 1)

Il radiologo valuterà la possibilità di una metodica diagnostica alternativa.

In caso di esame non sostituibile e la molecola responsabile della reazione avversa è conosciuta, il giorno dell'esame verrà utilizzata una molecola differente.

**Se la molecola responsabile non è nota**, sarà necessario effettuare una visita allergologica (con impegnativa del Medico curante), avente come esito l'indicazione della molecola meno reattiva per l'esame.

**In ogni caso**, il paziente dovrà effettuare una premedicazione (**Preparazione 1** a pag. 4).

**2.** È affetto/a da una delle seguenti patologie?

- mastocitosi sistemica o cutanea (prurito e pomfi, arrossamenti cutanei)  SÌ  NO

- anafilassi idiopatica (orticaria, difficoltà respiratorie alte, asma severo o altri sintomi legati

all'anafilassi di cui non è riconoscibile la causa scatenante).  SÌ  NO

**Se ha risposto SÌ**, anche ad uno solo dei quesiti del punto 2, prima dell'esame dovrà effettuare una premedicazione (**Preparazione 1** a pag. 4).

Altre allergie (molluschi, crostacei, pesci o altri alimenti, ad altre categorie di farmaci, ipersensibilità a betadine o iodoformio) non sono da considerare un fattore di rischio per la somministrazione del Mezzo di Contrasto.

**3.** È affetto/a da asma bronchiale, orticaria ricorrente – angioedema non controllati dalla terapia? Nello specifico, nelle ultime 4 settimane:

- ha avuto episodi asmatici più di 2 volte/settimana?  SÌ  NO

- ogni notte si sveglia per l'asma?  SÌ  NO

- ha usato il salbutamolo (Ventolin/Broncovaleas) più di 2 volte/settimana  SÌ  NO

- ha avuto limitazioni delle attività quotidiane a causa dell'asma?  SÌ  NO

- ha avuto episodi di orticaria o angioedema non controllabili nonostante il trattamento con antistaminici?  SÌ  NO

**Se ha risposto SÌ**, anche ad uno solo dei quesiti del punto 3, è necessario rivolgersi al proprio medico curante per un aggiustamento della terapia, contattare la Radiologia di competenza per sospendere l'esame e, a paziente stabilizzato, telefonare in reparto per la riprogrammazione dello stesso.

Prima dell'esame sarà necessaria una premedicazione (**Preparazione 2** a pag. 4).

**In tutti i casi in cui via sia urgenza a fare l'esame** verrà effettuata una premedicazione rapida gestita in Radiologia (**Preparazione 3** a pag. 4).

**Luogo, data**

**Firma Paziente/genitore/tutore/AdS**

**Il medico responsabile dell'esame RM**, preso atto delle risposte fornite nel questionario anamnestico

**AUTORIZZA**

**NON AUTORIZZA**

**L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM CON MDC**

**Luogo, data**

**Firma del Medico responsabile dell'esecuzione dell'esame RM**

**CONSENSO del paziente all'esecuzione dell'indagine RM con mdc**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di:  paziente  genitore  tutore  amministratore di sostegno (AdS)

ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campielettromagnetici generati dalla apparecchiatura RM nonché sulle potenziali reazioni avverse al mdc. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite:

 **ACCONSENTE**       **NON ACCONSENTE**      **ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME**Dichiaro di  NON essere  essere in stato di gravidanza certa o presunta (solo se applicabile)**Luogo, data****Firma Paziente/genitore/tutore/AdS****PREPARAZIONE all'ESAME con MEZZO di CONTRASTO****NON MANGIARE 4 ORE PRECEDENTI L'ESAME. NON BERE 1 ORA PRECEDENTE L'ESAME.****Presentarsi** 30 minuti prima dell'orario fissato per l'esame.**PREPARAZIONE da eseguire a domicilio PRIMA dell'ESAME con MEZZO di CONTRASTO IODATI E PARAMAGNETICI SOLO IN CASO DI ALLERGIA NOTA AL MDC:****1. Preparazione 1: RIVOLGERSI AL PROPRIO MEDICO CURANTE**

- **premedicazione per via orale:** prednisone 50 mg (o metilprednisolone 32 mg), 12 e 2 ore prima dell'esame +antistaminico (es. cetirizina) 1 ora prima dell'esame, **oppure**
- **premedicazione per via intramuscolare:** con metilprednisolone 40 mg, 12 e 2 ore prima dell'esame +clorfenamina 10 mg, 1 ora prima dell'esame, cui aggiungere montelukast 10 mg.

**2. Preparazione 2: RIVOLGERSI AL PROPRIO MEDICO CURANTE**

- **premedicazione per via orale:** prednisone 50 mg (o metilprednisolone 32 mg), 13, 7 e 1 ora prima dell'esame +antistaminico (es. cetirizina), 1 ora prima dell'esame, **oppure**
- **premedicazione per via intramuscolare:** con metilprednisolone 40 mg, 13, 7 e 1 ora prima dell'esame +clorfenamina 10 mg, 1 ora prima dell'esame.

**3. Preparazione 3 (preparazione eseguita e gestita presso la Struttura Sanitaria):**

- **premedicazione rapida per via endovenosa** con bolo di idrocortisone 200 mg + clorfenamina 10 mg subito prima dell'esame, monitorare i parametri vitali durante la procedura e allertare l'anestesista/rianimatore.

**NB: IN CASO DI DUBBI CONTATTARE IL SERVIZIO DI RADIOLOGIA****CONSENSO INFORMATO PER L'USO DI SOLUZIONI/GEL PREPARATI FARMACEUTICI**

A seconda dell'esame richiesto di Risonanza Magnetica è possibile sia necessaria ai fini diagnostici la somministrazione di prodotti farmaceutici per via endovenosa ipotonizzanti (es. buscopan) diuretici (lasix), betabloccanti, vasodilatatori coronarici selettivi o orali come preparatori per le vie intestinali.

Ogni eventuale chiarimento può essere chiesto al medico radiologo.

Il paziente si ritiene suff. informato sui rischi legati alla somministrazione di farmaci per via orale o ev.

 **ACCONSENTE**       **NON ACCONSENTE****Luogo, data****Firma paziente/genitore/tutore/AdS****CONSENSO alla SOMMINISTRAZIONE di SEDATIVI**

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione di sedativi. Pertanto, messo a conoscenza dal Medico responsabile dell'esame diagnostico della valutazione dei rischio/beneficio correlato diagnostico:

 **ACCONSENTE**       **NON ACCONSENTE****Luogo, data****Firma paziente/genitore/tutore/AdS**