

Dati del Paziente	Distretto da esaminare
Cognome _____ Nome _____ Data di nascita ____/____/____ Peso ____ Kg	_____ Elementi clinici _____ _____ _____

MODULO INFORMATIVO ESAME RM

CHE COS'E': la Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive, bensì onde elettromagnetiche con impulsi di radiofrequenza (RF). La RM si configura come un esame diagnostico non invasivo e in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su Pazienti privi di controindicazioni; tuttavia è prudente non effettuare l'esame RM in Pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.

COME SI EFFETTUA: l'esame non è doloroso. Il Paziente viene sdraiato su un lettino e l'organo da studiare è posizionato all'interno di "bobine dedicate". Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa.

EVENTUALI COMPLICANZE: raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia o calore. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame.

PREPARAZIONE/RACCOMANDAZIONI: i Pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono collaborare con il Medico (Richiedente e Responsabile della Prestazione Diagnostica) al fine di una corretta compilazione di un apposito "questionario anamnestico". Si raccomanda di depositare nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto, togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito, lenti a contatto o occhiali; spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso, la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal Personale di servizio. Si raccomanda di evitare di truccare il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini. 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).

SINTESI INFORMATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO IN RM*

La somministrazione del mezzo di contrasto per via endovenosa è parte integrante dell'esame RM e, in alcuni tipi di indagine, è indispensabile per una corretta diagnosi. Le caratteristiche di tali farmaci permettono tranquillità di impiego, "pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione iniettabile" (Circolare del Ministero della Sanità 900.VI/11.AG./642 del 17.9.97). Pertanto non sono necessarie indagini laboristiche ematiche preliminari, ad eccezione per i Pazienti con insufficienza renale lieve, nota o sospetta, che dovranno eseguire il dosaggio della CREATININA del sangue (ESUR 2012) e presentarlo al personale medico della sezione di RM per poterne valutare la funzionalità renale

(creatinemia _____ o GFR _____ Data esame ____/____/____ non anteriore a 90 gg. prima dell'esame).

In caso sia prevista la somministrazione di mezzo di contrasto è suggeribile il digiuno da almeno 3 ore prima dell'esame. I Pazienti affetti da insufficienza renale moderata e severa

ai quali venga somministrato per via endovenosa un mezzo di contrasto a base di Gadolinio sono esposti maggiormente al rischio di sviluppare una rara patologia nota con il nome di Fibrosi Sistemica Nefrogenica (FSN). La FSN è una patologia rara caratterizzata da ispessimento della cute e dei tessuti connettivi, debilitante e potenzialmente fatale. In base alle recenti evidenze in letteratura, l'uso del mezzo di contrasto a base di Gadolinio, in pazienti considerati ad alto rischio, nei dializzati e/o sottoposti a trapianto renale, è strettamente legato ad una scelta consapevole e condivisa tra il clinico richiedente e il medico radiologo, nel rispetto del minor costo biologico e migliore risposta diagnostica. La somministrazione del mezzo di contrasto può talora comportare alcuni lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito) con un'incidenza non prevedibile ma comunque molto bassa e può indurre anche reazioni allergiche gravi fino allo shock anafilattico. E' necessario quindi comunicare al Medico Responsabile dell'esame ogni eventuale tipo di allergia prima dell'esame stesso. Il Personale sanitario dell'Unità Operativa è sempre presente all'interno della struttura per garantire un pronto intervento in caso di emergenza. L'impiego del Gadolinio nelle donne in gravidanza richiede la valutazione del rapporto rischio/ benefico. (Xagena 2003) Fonte: UCSF (University of California San Francisco), quindi l'eventuale stato di gravidanza deve essere preventivamente comunicato al Medico Responsabile dell'esame RM. A tal proposito si informa che i mezzi di contrasto Gd-chelati, a basso dosaggio, non creano problemi. E' opportuno comunicare anche l'eventuale fase di allattamento del proprio figlio per concordarne le eventuali modalità e tempi di interruzione in relazione all'effettuazione dell'esame RM. Ogni eventuale chiarimento in merito all'esecuzione dell'esame RM con mezzo di contrasto può essere richiesto al personale dell'Unità Operativa. Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il Paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

*** IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE A MDC O A FARMACI E' NECESSARIO ESEGUIRE PREPARAZIONE DESENSIBILIZZANTE.****Secondo le linee guida della European Society of Uroradiology - ESUR:**

prednisolone 30 mg (o metiprednisolone 32 mg) per os, 12 e 2 ore prima dell'esame.

NB: qualora non sia possibile la terapia orale:

somministrare per via ev 20 mg di SOLUMEDROL (metilprednisolone), con dose totale rispettivamente di 80 mg (12 h prima) + 20 mg (2 h prima).

L'esame richiesto non verrà eseguito qualora il Paziente non risultasse premedicato.

Data _____

Timbro e firma per esteso del Medico
Curante/Specialista

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame che, per le sue valutazioni, si avvale anche delle risposte fornite dal Paziente o dal Tutore legale (ad esempio in caso di minore)

- | | | |
|--|----|----|
| • Ha eseguito in precedenza esami RM? | SI | NO |
| • Soffre di claustrofobia? | SI | NO |
| • Ha mai lavorato (o lavora) con materiale metallico? | SI | NO |
| • Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? | SI | NO |
| • E' stato vittima di traumi da esplosioni? | SI | NO |
| • E' in stato di gravidanza certa o presunta? | SI | NO |
| • Ha subito interventi chirurgici : | SI | NO |

Testa Addome Collo.....
Estremità.....Torace.....Occhi.....
Altro.....

- | | | |
|--|----|----|
| • E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? | SI | NO |
| • Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? | SI | NO |
| • Schegge o frammenti metallici? | SI | NO |
| • Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? | SI | NO |
| • Valvole cardiache? Stents? Defibrillatori impiantati? | SI | NO |
| • Distrattori della colonna vertebrale? | SI | NO |
| • Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? | SI | NO |
| • Corpi metallici / impianti per udito / protesi del cristallino? | SI | NO |
| • Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello subdurali o altri tipi di stimolatori? | SI | NO |
| • Dispositivo intrauterino (IUD)? | SI | NO |
| • Derivazione spinale o ventricolare? | SI | NO |
| • Protesi dentarie fisse o mobili, viti, chiodi, etc? | SI | NO |
| • E' portatore di piercing / tatuaggi? | SI | NO |
| • Sta utilizzando cerotti medicali? | SI | NO |

IL MEDICO RICHIEDENTE L'ESAME RM

Data _____ Firma del Medico _____

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Preso atto delle risposte fornite dal Paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

Data _____ Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM _____

CONSENSO INFORMATO

IL PAZIENTE ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame.

Data _____ Firma del Paziente (*) _____

(*) In caso di Paziente minorenni è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO**Dichiarante**

Il/la sottoscritto/a _____ nato il _____ a _____

residente in _____ via _____

in qualità di esercente la potestà sul minore.....

(1) in qualità di Tutore del Paziente.....

Informato/a dal Prof./Dott. (Medico Radiologo) _____

_____ sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Risonanza Magnetica.

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.; - dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto, valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente _____ riportato:

accetto l'indagine proposta rifiuto l'indagine proposta

Medico Radiologo _____

Eventuale interprete _____

Data _____ Firma del Paziente _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA SI NO

Data _____ Firma del paziente _____

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

RIPENSAMENTO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME o ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO

Data _____ Firma per esteso del Paziente o del Titolare del consenso
In caso di paziente minorenni la firma di un genitore o di chi ne fa le veci _____

Consenso del paziente al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30 Giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", in vigore il 1° gennaio 2004.

Il paziente autorizza il trattamento dei dati personali forniti in sede di anamnesi al solo scopo di poter verificare da parte del medico responsabile dell'esame diagnostico la presenza di eventuali controindicazioni legate all'esame RM ed alla possibilità di poter somministrare o meno eventuali MDC o eseguire particolari procedure di preparazione pre-esame. Si autorizza altresì, a seguito dell'esame, la conservazione da parte della struttura sanitaria dei questionari utilizzati contenenti i propri dati sensibili, prevista ai sensi del DM 2.8.91, i cui dati non potranno però essere utilizzabili per scopi diversi da quelli legati ad eventuali verifiche di merito a carattere medico-legale - effettuate anche a distanza di tempo - relative all'espletamento dell'esame stesso.

Data _____ Firma del Paziente _____