

RISONANZA MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO

Informativa e consenso

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

La compilazione del modulo per pazienti in carico alle strutture ospedaliere è a cura del Medico prescrittore.

LEGGERE E COMPILARE CON ESTREMA ATTENZIONE IL MODULO

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, sono 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. Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa. **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, 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.

CONSENSO all'ESECUZIONE dell'INDAGINE di RISONANZA MAGNETICA con Mdc

Il/La Sottoscritto/a _____
informato/a dal medico Radiologo Dr./Dr.ssa _____

Reso/a consapevole dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita anche di esposizione da radiazioni a scopo medico, come previsto dall'informativa della Legge 101/20, valutate le informazioni ricevute e i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato in qualità di: **paziente** **genitore** **tutore** **amministratore di sostegno (AdS)**

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

Luogo, data _____

Firma paziente/genitore/tutore/AdS _____

Preso atto delle informazioni fornite dal paziente, per l'esecuzione dell'**INDAGINE di RISONANZA MAGNETICA con Mdc:**

AUTORIZZA **NON AUTORIZZA**

Luogo, data _____

Firma del Medico Radiologo responsabile dell'esame _____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO per l'ESAME di RISONANZA MAGNETICA

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame. Deve essere attentamente compilato in ogni sua parte. Il medico responsabile dell'esecuzione dell'esame si avvale delle risposte fornite dal paziente/genitore/tutore/AdS per autorizzarne l'esecuzione. In caso di dubbi rivolgersi al proprio medico curante.

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): SÌ NO

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

Se ha risposto SÌ, contattare la Radiologia di competenza (**Vedi numeri** a pag. 4)

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

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

Localizzazione _____

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

11. È portatore di protesi del cristallino? SÌ NO

12. Ha piercing non rimovibile? 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. 4). 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 iodofornio) 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 Radiologia di competenza 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

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.

PREPARAZIONI da eseguire a domicilio PRIMA dell'ESAME con MEZZO di CONTRASTO IODATI E PARAMAGNETICI:

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 subio prima dell'esame, monitorare i parametri vitali durante la procedura e allertare l'anestesista/rianimatore.

**CONSENSO per l'USO DI SOLUZIONI/GEL, PREPARATI FARMACEUTICI
 o EVENTUALE INTRODUZIONE di BOBINE ENDOGENE in RISONANZA MAGNETICA**

A seconda dell'esame richiesto di Risonanza Magnetica è possibile sia necessaria ai fini diagnostici la somministrazione di:

- soluzioni/gel per via rettale o vaginale (es. nelle defeco-RM, studio pavimento pelvico, studio di patologia della cavità uterina e/o vaginale)
- prodotti farmaceutici per via endovenosa ipotonizzanti (es. Buscopan) o diuretici (es. Lasix)
- ansiolitici per impedire attacchi di panico o stati d'ansia gravi che inficerebbero l'indagine
- in alcuni casi è prevista l'introduzione nel corpo di bobine endogene

Per ogni informazione specifica si rimanda alla scheda tecnica specifica. Ogni eventuale ulteriore chiarimento può essere richiesto al medico radiologo.

Il paziente si ritiene sufficientemente informato/a sui rischi legati alla:

- somministrazione di soluzioni/gel o preparati farmaceutici per via orale o rettale
- somministrazione di preparati farmaceutici per via endovenosa o intramuscolare o intrarticolare
- introduzione di bobine endogene

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

Luogo, data _____

Firma paziente/genitore/tutore/AdS _____

CONSENSO alla SOMMINISTRAZIONE di SEDATIVI per ANESTESIA

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

ACCONSENTE **NON ACCONSENTE**

Luogo, data _____

Firma paziente/genitore/tutore/AdS _____

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

Notizie cliniche e quesito diagnostico _____

Unità Operativa _____

Luogo, data _____

Firma del Medico di reparto _____

Dipartimento di Radiologia Clinica:

- Radiologia Treviso 0422 328290
- Neuroradiologia Treviso 0422 322512
- Radiologia Oderzo 0422 715322
- Radiologia Conegliano 0438 663219
- Radiologia Vittorio V.to 0438 665247
- Radiologia Castelfranco 0423 732490
- Radiologia Montebelluna 0423 611431

Strutture convenzionate:

- Radiologia S. Camillo 0422 428262
- Radiologia Monastier 0422 896710
- Radiologia ORAS 0422 287212
- Motta di Livenza