



UOC Radiologia IOV

AUTORIZZAZIONE ALL'ESECUZIONE DI
RISONANZA MAGNETICA
CON/SENZA MDC

Mod18-P_Pren

Pag. 1/4

PARTE 1: SCHEDA INFORMATIVA

NOTA INFORMATIVA ESAME RM

Gentile Signore/a,

la **Risonanza Magnetica (RM)** è una tecnica diagnostica che utilizza un campo magnetico ad alta intensità ed onde elettromagnetiche a radiofrequenza.

L'esame di base (senza utilizzo di mezzo di contrasto endovenoso), non invasivo, non comporta, in base alle attuali conoscenze, effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme ed agli standard di sicurezza.

L'elevata intensità del campo magnetico esercita, come una potente calamita, una **forte attrazione su materiali ferromagnetici**, di cui Lei potrebbe essere portatore (ad es. schegge o punti di sutura metallici), con conseguente possibilità di creare effetti indesiderati.

Per le pazienti **in gravidanza (presunta o in atto)**: sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi statici di induzione magnetica ed alle onde elettromagnetiche a radiofrequenza, è prudente **non effettuare l'esame durante il primo trimestre**.

Prima dell'esame, dovrà **compilare il questionario che segue**, per individuare eventuali controindicazioni all'accesso alla stanza diagnostica e fornire il suo consenso all'indagine.

Per accedere alla stanza diagnostica è necessario:

- togliere eventuale trucco per il viso e lacca per capelli,
- depositare nello spogliatoio ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefono cellulare, monete, orologio, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, etc.),
- togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito,
 - togliere lenti a contatto o occhiali,
- spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso, fornito dal personale di servizio,
- utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio.

La **durata dell'esame** è molto variabile a seconda dei distretti da indagare e della complessità del caso e richiede un tempo medio non inferiore ai 20 minuti. Durante le fasi di acquisizione delle immagini l'apparecchiatura emetterà dei **rumori ritmici di intensità variabile**.

Per ottenere la migliore qualità delle immagini e non compromettere il risultato diagnostico, sarà necessario **mantenere il massimo grado di immobilità**, durante il corso dell'intero esame, respirando regolarmente; sarà costantemente monitorato visivamente dagli operatori, che saranno sempre presenti nella sala-comando, pronti ad intervenire in caso di necessità o su richiesta d'aiuto.

In caso di insorgenza di disturbi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento, potrà avvertire gli operatori utilizzando **l'apposito dispositivo di segnalazione**.

Per lo studio di alcuni organi od apparati può essere indicato e necessario l'uso di sostanze paramagnetiche- il cosiddetto mezzo di contrasto (m.d.c.) a base di Gadolinio, che le verrà somministrato per via endovenosa. Esso permetterà di poter riconoscere con maggiore chiarezza sia tessuti normali, sia eventuali tessuti patologici.

La somministrazione endovena del m.d.c., può provocare delle reazioni avverse, che possono essere acute o tardive, spesso di grado lieve (sudorazione, nausea o vomito, secchezza delle fauci, orticaria, cefalea ...) o di grado medio (dispnea, broncospasmo, alterazioni pressorie e del ritmo cardiaco, angina, convulsioni, lipotimia...); rare le reazioni gravi (edema della glottide, shock anafilattico...).

La preghiamo, pertanto, di segnalare preventivamente al medico prescrivente la presenza di eventuali allergie a mezzi di contrasto o ad altre sostanze e/o la eventuale presenza di asma.

Risulta nota una correlazione tra l'esposizione a mezzi di contrasto a base di Gadolinio e l'insorgenza di *Fibrosi Nefrogenica Sistemica (NSF)*, limitatamente a pazienti con funzione renale gravemente compromessa. E' necessario, pertanto, che il suo medico prescrivente fornisca le informazioni relative alla funzionalità renale compilando il presente modulo, oppure che Le prescriva un test di funzionalità renale (prelievo di sangue) il cui risultato Lei dovrà esibire al momento dell'esecuzione della Risonanza con m.d.c.

La NSF è una rara malattia sistemica, con principali manifestazioni visibili a carico della cute. I primi segni della malattia sono rappresentati dalla comparsa sulla pelle di chiazze rosse o brune o di papule. La pelle degli arti e, qualche volta, del tronco si presenta ispessita e legnosa al tatto, con aspetto a "buccia d'arancia".

I pazienti possono avvertire bruciore, prurito o acute fitte di dolore nelle zone colpite; le mani ed i piedi possono gonfiarsi e possono comparire lesioni a forma di vesciche. In molti casi, l'ispessimento della pelle e l'interessamento dei muscoli e delle fasce impedisce i movimenti delle articolazioni, con la possibilità di contratture.

La malattia può coinvolgere altri organi, in particolare polmoni, fegato, pericardio, pleure, muscoli, cuore.

La variabilità del tempo di insorgenza della NSF dall'esposizione al m.d.c. è molto ampia (da alcuni giorni a diversi mesi).

Se le informazioni qui riportate Le risultassero poco comprensibili o non esaurienti, si può rivolgere al medico radiologo o al personale di servizio deputato all'esecuzione dell'indagine, a disposizione per qualsiasi delucidazione.

L'utilizzo di m.d.c. RENDE NECESSARIO IL DIGIUNO DA ALMENO 5 ORE; è, comunque, consentito bere acqua ed assumere i farmaci di eventuali terapie orali in corso, che possono essere ingeriti all'orario normalmente previsto, con qualche sorso d'acqua.

PARTE 2: QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER RISONANZA MAGNETICA

Cognome e Nome: _____ data nasc.: _____

Esame richiesto: _____ Peso: _____

Indicazioni cliniche _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO

Per la corretta esecuzione dell'indagine e per escludere controindicazioni alla stessa è indispensabile compilare il questionario in ogni sua parte. In particolare prestare attenzione al seguente punto:

Se nel seguente questionario viene barrata una qualsiasi delle caselle corrispondenti alla voce SI, ci sono possibili controindicazioni allo svolgimento dell'esame di Risonanza Magnetica. In tal caso il medico radiologo deciderà se il paziente può essere sottoposto all'esame.

IMPORTANTE:

I portatori di protesi/impianti devono allegare le specifiche dei dispositivi o la dichiarazione dello specialista esecutore dell'impianto, comprendente informazioni sull'eventuale compatibilità con la risonanza magnetica.

		si	no
Ha eseguito in precedenza esami RM?			
Soffre di grave claustrofobia?			
E' mai stato colpito da schegge metalliche, proiettili, pallini da caccia?			
Ha lavorato/lavora come fabbro, tornitore, saldatore o in altre professioni con impiego di materiali metallici?			
E' portatore di:	Clips vascolari ferromagnetiche intracraniche?		
	Catetere di Swan-Ganz?		
	Neurostimolatori o stimolatori di crescita ossea?		
	Pace-maker o defibrillatore interno?		
	Port-a-cath non RM-compatibili?		
	Protesi cocleari (orecchio interno)?		
E' portatore di:	Protesi oculari magnetiche?		
	Cateteri di derivazione spinale o ventricolare?		
	Clips endocraniche?		
	Collari o dispositivi di fissaggio vascolari?		
	Filtri vascolari o stents?		
	Impianti oculari?		
	Pearcing?		
	Protesi o viti ortopediche		
	Protesi otologiche (orecchio medio)?		
	Protesi mammarie o espansori?		
	Protesi valvolari cardiache?		
	Protesi peniene?		
	Punti metallici da pregresso intervento?		
	Spirale intrauterina o diaframma contraccettivo?		
Si ricorda di contattare lo specialista ginecologo, dopo l'esame			
Tatuaggi estesi o trucco permanente?			
E' in stato di gravidanza presunta o in atto? Settimana di gestazione? ____			
E' affetto da anemia falciforme?			

PARTE 3: SEZIONE RISERVATA AL MDC

Anamnesi positiva per	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Reazioni allergiche: (arrossamento, edema del volto, difficoltà alla deglutizione, edema della glottide, broncospasmo, etc.) <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Mastocitosi	vedi di seguito (*)
	<input type="checkbox"/> NO		
Funzionalità renale: (da compilare)	creatininemia: (mg/d o $\mu\text{mol/L}$).....(data.....) eGFR: L/min/1.73m ²		vedi di seguito (**)

(*) SEZIONE RISERVATA A PAZIENTI CON ANAMNESI POSITIVA PER:

Reazione al m.d.c. iodato					
<input type="checkbox"/> entro 1 ora dalla somministrazione (reazioni di tipo immediato)				v. schema A	
<input type="checkbox"/> dopo 1 ora dalla somministrazione (reazioni di tipo ritardato)				v. schema B	
(se noto, nome del preparato che aveva indotto la precedente reazione.....)					
<input type="checkbox"/> Asma: (si consiglia di associare Salbutamolo 2 puff 15 minuti prima dell'infusione) <input type="checkbox"/> Pregresse manifestazioni allergiche che abbiano richiesto trattamento <input type="checkbox"/> Mastocitosi				v. schema A	
schema A			schema B		
12 ore prima dell'esame	METILPREDNISONONE 32 mg (Medrol 16 mg - 2 cp)	per os	12 ore prima dell'esame	METILPREDNISONONE 32 mg (Medrol 16 mg - 2 cp)	per os
2 ore prima dell'esame	METILPREDNISONONE 32 mg (Medrol 16 mg - 2 cp)		2 ore prima dell'esame	METILPREDNISONONE 32 mg (Medrol 16 mg - 2 cp)	
			6 ore dopo l'esame	METILPREDNISONONE 16 mg (Medrol 16 mg - 1 cp)	
N.B. Qualora non sia possibile l'assunzione per via orale, si può somministrare per via e.v. Idrocortisone (SoluCortef) 200 mg in sostituzione del Metilprednisone					

ATTENZIONE AD IPERTESI E DIABETICI!

LE PREMEDICAZIONI DI CUI SOPRA, SONO SEMPRE INTESE, SALVO DIVERSO PARERE DEL MEDICO CURANTE

A CURA DEL MEDICO PRESCRITTORE: In base ai dati anamnestici forniti dal paziente ed ai dati clinici attualmente in mio possesso non si rilevano discrepanze rispetto a quanto dichiarato dal Sig. _____**Data**/...../..... **Firma del medico prescrittore** _____**PARTE 4: ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO**

Dopo aver riflettuto sulle informazioni ricevute, aver preso visione della nota informativa, ed aver risposto con precisione alle domande sopra elencate, Io sottoscritto/a _____

ACCETTOliberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'indagine diagnostica proposta, compreso la somministrazione del mezzo di contrasto, se necessario. Sono a conoscenza della possibilità di **REVOCARE** il presente consenso.**Data**/...../..... **Firma del paziente** _____**A CURA DEL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE:** Per avere informato il paziente in merito all'esame, per assunzione di responsabilità, avendo puntualmente verificato quanto sopra riportato autorizzo l'esecuzione dell'esame.**NOTE MEDICO RADIOLOGO** _____**Data**/...../..... **Firma del medico radiologo responsabile** _____