SCHEDA INFORMATIVA E DI CONSENSO ALL'ESAME CON RISONANZA MAGNETICA

Sig. ……

INFORMAZIONI PER L'UTENTE CHE EFFETTUA UNA RISONANZA MAGNETICA (RM)

Gentile utente,
prima di sottoporsi all'esame di RM, Le consigliamo di leggere le seguenti note che potranno aiutarla ad effettuare con maggior sicurezza e serenità questo esame.
L'indagine di Risonanza utilizza un **campo magnetico intenso** e onde elettromagnetiche a radiofrequenza.
L'elevata intensità del campo magnetico esercita, come una potente calamita, una forte attrazione su materiali ferromagnetici di cui Lei può essere portatore (come per esempio schegge o punti di sutura metallici), con conseguente possibilità di creare effetti indesiderati.
L'attenta **compilazione del questionario** che ha ricevuto, garantisce la prevenzione di tali possibili evenienze. E' prudente escludere dalla RM le gestanti, in particolare nel primo trimestre di gravidanza, anche se non è stata comprovata la sensibilità dell'embrione ai campi magnetici e di radiofrequenza utilizzati per tali indagini.
L'indagine di RM può richiedere un tempo variabile da **30 a 60** minuti, durante i quali Le chiediamo di mantenere **l'assoluta immobilità.** Movimenti anche piccoli possono infatti seriamente danneggiare la qualità dell'esame.
Durante l'esame la macchina provocherà un **rumore ritmico** causato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura.
Per lo studio di alcuni organi od apparati può essere indicato e necessario l'uso di sostanza paramagnetiche – il cosiddetto **mezzo di contrasto** – che Le verrà iniettato per via endovenosa.
A riguardo La informiamo che 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). Nei pazienti con insufficienza renale, però possono provocare una rara complicanza, la fibrosi nefrogenica sistemica che può causare grave invalidità ed eccezionalmente essere anche mortale.
In caso di necessità e in qualsiasi momento, Lei potrà comunicare con gli operatori sanitari presenti in sala comando: il microfono collocato all'interno dell'abitacolo è costantemente attivato. In qualsiasi momento l'esame può essere sospeso senza conseguenza dannose.

Le raccomandiamo infine di:
- **Presentarsi all'esame a digiuno da almeno 6 ore**
- **Portare esame della CREATININA**
- Asportare dal volto eventuali cosmetici;
- Lasciare nello spogliatoio tutti gli oggetti metallici (fermagli per capelli, forcine, mollette, occhiali, fibbie, orologio, chiavi, orecchini mobili, catenine, ecc.), i tesserini magnetici, le carte di credito; togliere eventuali apparecchi per udito, dentiere mobili, cinta sanitaria, lenti a contatto; indossare solamente il camice ospedaliero che troverà nello spogliatoio.
- **Esibire la documentazione clinica, radiologia e strumentale relativa ad accertamenti precedentemente eseguiti**

Tuttavia: in alcuni casi l'esame può provocare importanti effetti indesiderati e non può quindi essere eseguito (gruppo "A") in altri casi può essere eseguito tranquillamente ma solo dopo valutazione medica o con alcune avvertenza (gruppo "B"). Pertanto, allo scopo di individuare eventuali situazioni a rischio e garantire la più totale sicurezza è necessario compilare il questionario seguente.

GRUPPO "A" RM NON ESEGUIBILE)

E' portatore di pace maker o defibrillatore interno	Sì	NO
Protesi cocleari (orecchio interno)	Sì	NO
Neurostimolatori o stimolanti di crescita ossea	Sì	NO
Protesi oculari magnetiche	Sì	NO
Frammenti metallici introculari	Sì	NO
Soffre di anemia falciforme	Sì	NO

GRUPPO "B" (NECESSARIA VALUTAZIONE MEDICA O AVVERTENZE)

E' portatore di clips vascolari cerebrali (aneurisma)*	Sì	NO
Protesi o viti ortopediche	Sì	NO
Protesi al cristallino	Sì	NO
Protesi otologiche (orecchio medio)*	Sì	NO
Espansori mammaria	Sì	NO
Protesi valvolari cardiache*	Sì	NO
Protesi peniene*	Sì	NO
Impianti oculari (molle palpebrali, punti retinici)*	Sì	NO
Punti metallici da pregresso intervento	Sì	NO
Schegge metalliche, proiettili	Sì	NO
Cateteri di derivazione spinale o ventricolare*	Sì	NO
Cateteri di Swan-Ganz	Sì	NO
Filtri vascolari, stent	Sì	NO
Spirale intrauterina (IUD)	Sì	NO
Diaframma contraccettivo*	Sì	NO
Tatuaggi estesi	Sì	NO
Soffre di claustrofobia	Sì	NO
Pompe impiantabili per infusione di farmaci non RM* compatibili	Sì	NO
E' in gravidanza o presume di esserlo	Sì	NO
Δ insufficienza renale medio-grave	Sì	NO
Δ soffre di asma o allergie (farmaci, mezzi di contrasto etc.)	Sì	NO

N.B.

***=** In caso di risposta affermativa è necessario fornire documentazione di compatibilità magnetica da parte di struttura che ha effettuato l'intervento;

Δ= Solo nel caso di utilizzo di mezzo di contrasto.

A CURA DEL PAZIENTE:

Dichiaro di avere risposto con precisione alle domande sopra elencate.
Dichiaro anche di essere stato adeguatamente informato sulla indagine che devo effettuare ed esprimo a tal fine il mio consenso.

Data……FIRMA ……..

A CURA DEL MEDICO CURANTE:

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 E TIMBRO……..

A CURA DEL RADIOLOGO:

In base ai dati forniti si dichiara idoneo all'esecuzione dell'esame.
Data……..FIRMA E TIMBRO……

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO ALL'ESECUZIONE DI ESAMI CONTRASTOGRAFICI PER VIA INIETTIVA

Gentile paziente,
il medico che La segue ha ritenuto opportuno sottoporLa ad un esame radiologico che prevede l'iniezione del mezzo di contrasto iodato in vena, utile a definire il Suo quadro clinico.
Il mezzo di contrasto permette una migliore visualizzazione degli organi interni sospetti di patologia sfruttando immagini radiografiche ottenute con l'uso di raggi X (urografia) attraverso l'elaborazione dei dati ottenuti dagli stessi al computer (TAC).
Questi mezzi di contrasto utilizzati da decenni in milioni di persone hanno migliorato la loro tollerabilità nel corso degli anni essendo oggi prodotti sicuri ma non totalmente esenti da reazioni avverse, che possono essere:

1. tossicità d'organo (renale, cardio-vascolare, metaboliche), qualora vi siano alterazioni preesistenti 2. reazioni imprevedibili:
   - da lievi (nausea, reazioni cutanee localizzate) più frequenti (1%), che non richiedono terapia
   - a gravi (Shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-respiratorio) che richiedono l'intervento tempestivo del rianimatore e che in casi eccezionali possono portare a decesso (1/90.000)

EVENTUALI PRE-TRATTAMENTI FARMACOLOGICI NON PREVENGONO IN VIA ASSOLUTA I RISCHI SOPRA CITATI.

DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE

Il sottoscritto…….…… nato il…….

DICHIARA

di essere stato informato in modo esauriente e comprensibili sull'indicazione clinica dell'esame, sulle sue finalità e modalità di esecuzione.
Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato degli effetti collaterali e secondari che possono derivare dall'uso del mezzo del mezzo contrasto per via iniettiva e di aver ricevuto esauriente risposta ai quesiti posti al Medico.

- □ ACCETTO di sottopormi all'indagine proposta ……
- □ RIFIUTO di sottopormi all'indagine proposta……

N.B. Sono a conoscenza che il trattamento dei dati personali di cui alla L. 31/12/1996 N. 665 (legge sulla privacy) avverrà solo per fini istituzionale e nei limiti della legge.

Firma del paziente/tutore

……

Firma del MEDICO RADIOLOGO**……**

DIAGNOSTICA RADIOLOGICA CON MEZZI DI CONTRASTO ORGANOIODATI E PARAMAGNETICI PER VIA INIETTIVA
(Circolare Ministeriale de 17.09.1197)

La valutazione clinico-anamnestica per il Sig./ra……

per il/la quale propongo l'indagine……

□ su proposta di……

□ per la seguente motivazione clinica:…….

……

□ nel sospetto diagnostico di…….....

…….....

è

[ ] NEGATIVA per comprovato rischio allergico a contrasti iodati o altre sostanze, gravi forme di insufficienza epatica, renale o cardiovascolare, paraproteinemia di Waldestrom o mieloma multiplo. Non esistono pertanto controindicazioni all'uso di mezzi di contrasto organoiodati e paramagnetici per via iniettiva.

[ ] POSITIVA per:

[ ] Comprovato rischio allergico a contrasti iodati o altre sostanze.
[ ] Insufficienza epatica grave

[ ] Insufficienza renale grave
In caso di risposta positiva è necessario rendere disponibili i seguenti valori:
□ Filtrato glomerulare (FG) è di _____ ml/minuto/m2 in data _____
□ creatininemia è di _____ mg/dl in data _____

[ ] Insufficienza cardiovascolare grave
[ ] Paraproteinemia di Waldestrom
[ ] Mieloma multiplo

Allegati esami di laboratorio e referti diagnostici che definiscono il grado delle condizioni patologiche. Il/la paziente attualmente è in terapia con i seguenti farmaci (con particolare riferimento al Biguanidi e alle interleuchine 2):

[ ]…….

[ ]…….

[ ]……

[ ]…….

[ ] Effettuata premedicazione per il rischio allergico con ……

Il Medico Curante

(Timbro e Firma)

N.B. IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI

TERAPIA DI DESENSIBILIZZAZIONE PER PAZIENTI ALLERGICI AI FARMACI.

Per 3 giorni prima dell'esame RMN con mezzo di contrasto.

- **DELTACORTENE**
  1 compressa da 25 mg dopo pranzo (a stomaco pieno) per 3 giorni
- **ZIRTEC**
  1 compressa la sera prima dell'esame
  1 compressa al mattino il giorno dell'esame
- **RANIDITINA**
  1 compressa da 15 mg al giorno per 3 giorni

Tale terapia deve essere prescritta dal medico di base e deve essere assunta dal paziente in modo rigoroso per evitare eventuali spiacevoli reazioni allergiche al mezzo di contrasto.

IL MEDICO RESPONSABILE