

Gentile paziente, la procedura alla quale Le consigliamo di sottoporsi necessita di un Suo consenso, perché Lei possa, attraverso questo foglio informativo ed il colloquio con il medico, esprimere la Sua decisione. In particolare Lei riceverà informazioni dettagliate sulle eventuali/possibili complicanze che la procedura diagnostica, alla quale Le consigliamo di sottoporsi, può presentare. Le saremo grati se, prima della procedura, leggerà con attenzione quanto qui di seguito riportato e sottoporrà alla nostra attenzione ogni Sua domanda, dubbio o chiarimento che, se risolti, possano metterLa in grado di prendere una decisione informata, responsabile, serena e consapevole.

CHE COS'E': La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM sfrutta l'impiego di intensi campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza. L'esame RM, 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. Sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi statici di induzione magnetica e alle onde elettromagnetiche RF utilizzati per indagini diagnostiche mediante RM, è prudente non effettuare l'esame RM 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 All'arrivo il paziente verrà accolto dal personale del servizio che verificherà l'identità, la presenza della documentazione (richiesta, informativa, questionario compilato e firmato, pregressa documentazione clinica e strumentale). Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere: eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta ernalia - 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 - calze di nylon - indumenti in acrilico - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.

Nel sito di RM sono presenti degli armadietti dove è consigliabile depositare effetti personali. La durata media dell'esame RM è approssimativamente pari a 45 minuti, ma può variare in relazione a esigenze cliniche e al numero di distretti anatomici da esaminare. Durante la fase di acquisizione dati dell'esame RM sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchiatura RM. Le condizioni di ventilazione, illuminazione e temperatura sono tali da assicurare il massimo benessere, e ridurre possibili effetti claustrofobici. Durante la fase di esame è necessario rimanere

tranquilli e mantenere il massimo grado di immobilità per non compromettere il risultato diagnostico dell'immagine. La respirazione regolare e la deglutizione della saliva non disturbano l'esame. In alcuni tipi di indagine può essere richiesto al paziente di collaborare mediante atti respiratori e brevi periodi di apnea al fine di migliorare la qualità diagnostica delle immagini.

Nella sala comando è sempre presente personale di servizio pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità. Il paziente è sempre in contatto vocale, acustico e visivo con gli operatori, che eseguono un controllo costante durante tutta la fase di esame. In caso di insorgenza di disturbi, come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpazioni o svenimento, è opportuno che il paziente avverta quanto prima il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM, utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione.

COSA PUÒ SUCCEDERE - EVENTUALI COMPLICANZE: raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpazioni 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.

Nel corso dell'esame RM è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse. L'evenienza più probabile è rappresentata da una crisi di claustrofobia a carattere passeggero.

INFORMAZIONI IMPORTANTI PER ESEGUIRE L'ESAME: i pazienti che hanno eseguito interventi\ procedure interventistiche devono portare in visione documentazione attestante il tipo di dispositivo impiantato.

RACCOMANDAZIONI PER ACCOMPAGNATORI O GENITORI AD ASSISTERE IL PAZIENTE

Qualora ci fosse la necessità di evitare o ridurre la sedazione o altre procedure di preparazione pre-esame del Paziente da sottoporre a RM, si dà l'opportunità all'accompagnatore volontario o al genitore di assistere il Paziente durante l'esecuzione dell'esame all'interno della sala esami, al fine di tranquillizzare e mantenere fermo il Paziente e garantire pertanto l'esecuzione dell'indagine. L'accompagnatore potrà assistere il Paziente solo dopo:

- LETTURA E COMPRENSIONE DELL'INFORMATIVA riguardante i rischi legati alla RM (campi magnetici statici, variabili e radiofrequenza);
- COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO;
- GIUDIZIO POSITIVO da parte del Medico Radiologo.

MEZZO DI CONTRASTO: Nel caso in cui l'indagine richiesta preveda l'utilizzo di mezzo di contrasto:

- **digiuno di 6 h per i cibi solidi per tutti gli esami del distretto addomino-pelvico e del cuore;** mentre non è necessario per i restanti distretti anatomici.
- **continuare l'assunzione di eventuali farmaci** (salvo diversa indicazione da parte del Medico curante)
- **assunzione abbondante di acqua per os** (1.5 L il giorno prima, lo stesso giorno e il giorno dopo l'esame);

Si rammenta che alcuni valori degli esami ematochimici nelle 24 ore dopo l'esame potrebbero essere alterati. Durante l'infusione endovenosa del mezzo di contrasto vi è la possibilità (per cause anatomiche, fragilità della vena etc.) che si verifichi rottura del vaso con conseguente stravaso del mezzo di contrasto nell'area dell'iniezione; in questo caso la tumefazione viene valutata ed eventualmente trattata (seguendo le indicazioni previste dal protocollo stravaso).

È possibile che durante e dopo la somministrazione del mezzo di contrasto si verifichino effetti indesiderati legati a **reazioni allergiche** che possono essere **immediate** o **tardive**.

In rapporto al grado di severità tali reazioni possono essere:

- **Lievi:** nausea, vomito, dolore nella sede di iniezione, rush cutaneo.
- **Moderate:** dispnea, ipotensione, tachicardia
- **Gravi** (a rischio per la vita): gravi aritmie, broncospasmo severo, arresto cardiorespiratorio, insufficienza renale acuta. In queste rare evenienze il nostro servizio dispone di personale, farmaci e attrezzature idonee all'assistenza del paziente e, in caso di necessità, vi è la pronta disponibilità del personale di rianimazione.

Le reazioni **tardive** (da 1 ora dall'iniezione fino a 7 giorni) consistono più frequentemente in eruzioni cutanee, sindromi simil influenzali, disturbi gastrointestinali. In questo caso è consigliato recarsi dal medico curante.

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 di VALUTAZIONE del RISCHIO al MEZZO di CONTRASTO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Peso _____ Altezza _____

Medico prescrittore _____

Precedenti reazioni avverse a mezzi di contrasto a base di Gadolinio

Sì NO

se il Paziente ha risposto SI descrivere il tipo di reazione ed eventuale terapia, se possibile allegare eventuale documentazione:

- anafilassi idiopatica**
- mastocistosi**
- angioedema ricorrente in atto**
- orticaria in atto**
- asma bronchiale non controllato da terapia, ovvero nelle ultime 4 settimane ha avuto:**
 - **sintomi più di 2 volte/settimana?** Sì NO
 - **ogni notte si sveglia per l'asma?** Sì NO
 - **ha utilizzato il salbutamolo (Ventolin/Broncovaleas) più di 2 volte/sett?** Sì NO
 - **ha avuto limitazioni dell'attività a causa dell'asma?** Sì NO

Se Il Paziente ha confermato una delle patologie o ha risposto Sì ad una delle domande, la possibilità di eseguire l'esame sarà definibile solo in Radiologia e pertanto potrà essere rimandato in attesa di una consulenza dello Specialista Allergologo o di una valutazione del Medico curante o dello Specialista di riferimento.

Si rammenta che secondo le Linee guida di riferimento ESUR (10.0) **la premedicazione non è raccomandata.**

- **E' SOTTOPOSTO A EMODIALISI :** Sì NO

Se Sì, specificare in quali giornate:

Secondo le Linee guida ESUR 10.0 non è necessario il dosaggio della creatininemia, fatta eccezione per i Pazienti pediatrici (minori di 18 anni) e per lo studio della patologia del fegato e delle vie biliari con mezzo di contrasto a parziale escrezione biliare.

In questo caso è obbligatorio, al momento dell'esecuzione dell'indagine radiologica, presentare il referto del dosaggio della creatininemia eseguito in data non antecedente a 3 mesi.

Data / /

Firma del Medico proponente

Firma del Medico Radiologo.....

Le indicazioni fornite sul presente modulo fanno riferimento a linee guida internazionali (ESUR 10.0 -2018)

QUESTIONARIO ANAMNESTICO per l'ESAME di RISONANZA MAGNETICA - SOMMINISTRATO da (Indicare Nome, Cognome e qualifica professionale del membro dell'EQUIPE RM)

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.

Ha eseguito in precedenza esami RM?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Soffre di claustrofobia?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È stato vittima di traumi da esplosioni?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ultime mestruazioni avvenute:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ha subito interventi chirurgici su: testa <input type="checkbox"/> collo <input type="checkbox"/> addome <input type="checkbox"/> estremità <input type="checkbox"/> torace <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> :	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È portatore di schegge o frammenti metallici?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Valvole cardiache?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Stents ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Defibrillatori impiantati?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Distrattori della colonna vertebrale?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Atri tipi di stimolatori?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Corpi intrauterini?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Derivazione spinale o ventricolare?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Protesi dentarie fisse o mobili?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Protesi metalliche (pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Altre protesi? Localizzazione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Informazioni supplementari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È affetto da anemia falciforme?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È portatore di protesi del cristallino?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È portatore di piercing? Localizzazione.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Presenta tatuaggi? Localizzazione.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Sta utilizzando cerotti medicali?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

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

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Firma del Medico responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

Luogo, data

CONSENSO del paziente all'esecuzione dell'indagine RM

CON MDC

SENZA MDC

Il/La Sottoscritto/a _____

in qualità di: paziente genitore rappresentante legale autorizzato

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

ACCONSENTI

NON ACCONSENTI

ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME

Dichiaro di NON essere essere in stato di gravidanza certa o presunta (solo se applicabile)

Luogo, data

Firma Paziente/genitore/rappresentante legale autorizzato

Il/la sottoscritto/a dichiara di voler

REVOCARE il consenso e non procedere all'esecuzione dell'esame.

Data e ora.....

Firma.....