



INFORMATIVA ALLA ESECUZIONE DI ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Gentile sig./sig.ra _____,

prima di sottoporsi all'esame di _____ prescrittoLe chiediamo cortesemente di leggere le seguenti note che potranno aiutarLa ad effettuare con maggiore sicurezza e serenità questo esame.

L'esame di Risonanza Magnetica (RM) non prevede l'uso di radiazioni ionizzanti (Raggi X) o di sostanze radioattive; vengono utilizzati solamente un intenso campo magnetico e onde di radiofrequenza analoghe a quelle delle trasmissioni radiotelevisive; alle conoscenze attuali è esente da rischi.

Solo per alcune patologie, può essere prevista, a giudizio dello Specialista Radiologo, l'introduzione endovena, di sostanze paramagnetiche (Gadolinio), per le quali sono stati descritti recentemente in letteratura alcuni casi di Fibrosi Nefrogenica Sistemica.

Tale evento si è verificato in pazienti con storia di insufficienza renale.

Per questo motivo, quando vi sia necessità di procedere all'esame con mezzo di contrasto (M.d.C.) è necessario produrre il valore della Creatininemia, esame di laboratorio finalizzato ad evidenziare eventuale insufficienza renale.

In caso di valori patologici di Creatininemia non si procederà all'iniezione del M.d.C.

L'esame non è doloroso né fastidioso; la sua durata può variare, a seconda del tipo di indagine, da trenta minuti a un'ora.

Durante tutto l'esame il paziente sentirà un rumore più o meno ritmico dovuto al funzionamento dell'apparecchio.

Il paziente dovrà restare tranquillo e immobile sul lettino per il tempo dell'esame al fine di consentire informazioni diagnostiche della migliore qualità: il minimo movimento può pregiudicare il risultato finale!

N.B.: in alcuni casi il campo magnetico può produrre effetti indesiderati; si prega perciò, al fine di escludere l'insorgere di tali effetti, di leggere attentamente il successivo questionario, di rispondere a tutte le domande e le indicazioni riportate di seguito e di firmarlo in segno di consenso libero e informato.

Si ricorda che la vigente normativa fa espresso ed assoluto divieto di sottoporre ad esame RM i pazienti portatori di:

- ▷ pacemaker cardiaco o spinale o defibrillatore interno non RM-compatibile;
- ▷ protesi cocleari;
- ▷ neurostimolatori od altri dispositivi endocorporei ad attivazione magnetica o elettrica;
- ▷ pompa di infusione farmacologica.

A causa di recenti segnalazioni relative a casi di Fibrosi Nefrogenica Sistemica successiva ad iniezione di m.d.c. con Gadolinio, non si procede all'esame contrastografico in assenza del valore della Creatininemia.

I casi classificabili come insufficienza renale di grado 3-4-5 non effettuano, di norma, l'esame col contrasto.

Valore Creatininemia recente (obbligatoria nel caso di esami con M.d.C.)



QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Dati Paziente

Cognome

Nome

Sesso

 M F

Data di nascita (gg/mm/aa)

 / /

Comune di nascita

Provincia di nascita

Stato di nascita

Numero di Codice Fiscale

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato e firmato dal Medico Responsabile dell'esame diagnostico, avvalendosi della collaborazione del paziente prima che quest'ultimo venga sottoposto all'esame RM. Risposte affermative ad uno o più quesiti possono comportare controindicazione anche assoluta all'esecuzione dell'esame RM. Si riportano di seguito i contenuti minimi consigliati del "Questionario anamnestico" preliminare all'esecuzione dell'esame RM.

Il/La Paziente ha eseguito in precedenza esami RM?

 SI NO

Il/La Paziente ha avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto RM?

 SI NO

Il/La Paziente soffre di Claustrofobia

 SI NO

Il/La Paziente ha subito interventi chirurgici?

 SI NO

Quali?

Il/La Paziente ka mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?

 SI NO

Il/La Paziente ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?

 SI NO

Il/La Paziente è stato vittima di traumi da esplosioni?

 SI NO

La Paziente è in gravidanza?

 SI NO

Ultime mestruazioni avvenute in data __ / __ / _____

Il/La Paziente è portatore:

▷ di clips metalliche da interventi vascolari, addominali o neurochirurgici;

 SI NO

▷ di valvole cardiache artificiali;

 SI NO

▷ di stent vascolari arterovenosi entro 6 settimane dall'impianto;

 SI NO

▷ di cateteri di derivazione spinale o ventricolare o cateteri di Swan-Ganz;

 SI NO

▷ di Pace-Maker cardiaco o Stimolatore diaframmatico;

 SI NO

▷ di connettori metallici di shunt ventricolo-peritoneali;

 SI NO

▷ di lenti a contatto; (si ricorda che vanno tolte per eseguire l'esame)

 SI NO

▷ di protesi acustiche;

 SI NO

▷ di protesi al cristallino o simili con anse o punti intraoculari ferromagnetici (rare);

 SI NO

▷ di protesi scheletriche o mezzi di sintesi metallici da pregresso intervento;

 SI NO

▷ di defibrillatori impiantati?

 SI NO



- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ▷ di pompe ad infusione per insulina o altri farmaci? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▷ di neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▷ di derivazione spinale o ventricolare? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▷ di punti metallici o suture metalliche da pregresso intervento; | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▷ di frammenti o schegge metalliche o similari; | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▷ di frammenti o schegge metalliche o similari in particolare in sede oculare-viscereale-intracranica; | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▷ di mezzo anticoncezionale intrauterino (spirale/IUD); | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▷ di protesi dentarie fisse o mobili? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▷ di cerotti medicali? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ▷ di tatuaggi estesi eseguiti con inchiostri contenenti pigmenti a base metallica (specificare la localizzazione); | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="text"/> | | |
| ▷ di altri tipi di impianti e/o protesi non elencate sopra (specificare) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="text"/> | | |
| ▷ di altro di rilevante non elencato sopra (specificare) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="text"/> | | |
| ▷ Il/La Paziente ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

I pazienti portatori dei materiali sopra descritti potranno essere sottoposti ad esame solo se in possesso di certificazione redatta dallo specialista e/o dal medico curante attestante che il materiale adoperato è RM compatibile.

Per effettuare l'esame RM occorre togliere:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ▷ eventuali lenti a contatto; | ▷ ferma soldi; |
| ▷ apparecchi per l'udito; | ▷ monete; |
| ▷ dentiera; | ▷ chiavi; |
| ▷ corone temporanee mobili; | ▷ ganci automatici; |
| ▷ cinta erniaria; | ▷ bottoni metallici; |
| ▷ fermagli per capelli; | ▷ spille; |
| ▷ mollette; | ▷ vestiti con lampo; |
| ▷ occhiali; | ▷ pinzette metalliche; |
| ▷ gioielli; | ▷ punti metallici; |
| ▷ orologi; | ▷ limette; |
| ▷ carte di credito o altre schede magnetiche; | ▷ forbici; |
| ▷ coltelli tascabili; | ▷ altri eventuali oggetti metallici. |

Analogamente è necessario asportare i cosmetici dal viso.

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espleta l'eventuale visita medica

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Roma, li __ / __ / ____

Firma del medico responsabile dell'esame RM



CONSENSO INFORMATO ALLA ESECUZIONE DI ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

La/il sottoscritta/o _____

dichiara di aver ricevuto le informazioni verbali e soprascritte relative al proprio stato di salute e di aver ben compreso termini e modalità del trattamento proposto dal medico specialista, nonché delle conseguenti indicazioni fornite dal medesimo e ritiene, quindi, di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole riguardo al conferimento del consenso ovvero del diniego al trattamento medico proposto.

Sulla base di quanto sopra, certo comunque che un eventuale rifiuto non comporta conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità, formula pertanto il proprio

(1) _____

(1) scrivere: "consenso" o "diniego"

all'esecuzione dell'esame di Risonanza Magnetica di seguito indicato:

Poiché sono a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata, autorizzo sin d'ora il cambiamento del programma ma al solo scopo di fronteggiare l'urgenza delle eventuali complicanze, delle quali mi attendo comunque di avere al più presto spiegazioni adeguate.

Roma, li ___ / ___ / _____

*Firma del Paziente o di chi ne fa legalmente le veci nei casi espressamente previsti dalla legge o dal Codice di Deontologia**

Firma del medico che ha fornito l'informativa

Firma del medico che ha eseguito l'indagine