



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

Presidio Ospedaliero di Lamezia Terme
Struttura Complessa di Diagnostica per Immagini
Direttore: Dr. Salvatore Galea

Modulo di richiesta per esame di Risonanza Magnetica

Parte dedicata al Medico Richiedente

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ Peso _____

Reparto/Ospedale _____

DISTRETTO DA ESAMINARE _____

QUESITO CLINICO DETTAGLIATO _____

Precedenti esami diagnostici e documentazione clinica (sbarrare ed accludere)

RX TC Ecografia RM MN

Altri (specificare) _____

Data _____

Firma del Medico (leggibile) _____

N.B. Non saranno effettuati esami non motivati da corretto quesito clinico e non accompagnati da eventuale documentazione precedente (TC, RM, US, MN, Cartelle Cliniche) e, in caso di presenza di protesi e stents metallici, di documentazione che ne attesti la compatibilità con l'esame di RM.

Scheda nosologica-informativa per esecuzione di esame di Risonanza Magnetica

Nota informativa relativa all'esame RM:

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 (RF). In alcuni tipi di indagine possono anche essere somministrate al paziente, per via endovenosa, alcune sostanze con proprietà paramagnetiche come mezzo di contrasto. Ad eccezione di tali casi la Risonanza Magnetica si configura come un esame diagnostico non invasivo.

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 in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.

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. L'impiego del mezzo di contrasto a base di sostanze paramagnetiche è generalmente ben tollerato e non provoca alcuna sensazione particolare. Raramente possono comunque verificarsi episodi di ipersensibilità come orticaria o altri fenomeni allergici. In casi rarissimi sono stati riportati episodi di shock anafilattico. Il sito RM garantisce sempre la presenza di personale medico specializzato pronto ad intervenire in caso di emergenze mediche di tale genere.

Esecuzione dell'esame RM:

I pazienti possono essere sottoposti all'esame RM solo previa esclusione di ogni possibile controindicazione all'esame RM, da accertarsi a cura del Medico Responsabile dell'esame (diagnostico) previo utilizzo dell'apposito "questionario anamnestico" e "modulo di consenso informato". Per effettuare l'esame RM è necessario (1) togliere eventuale trucco per il viso e lacca per capelli, (2) depositare nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, etc), (3) togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito, (4) togliere lenti a contatto o occhiali, (5) spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio, (6) utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio.

La durata media dell'esame RM è circa 30 minuti, ma può variare in relazione a esigenze cliniche e di 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 comfort e ridurre possibili effetti claustrofobici. Durante la fase di esame è necessario rimanere tranquilli. Gentile Sig.re/ra l'esame a cui verrà sottoposto viene effettuato senza l'impiego di raggi X utilizzando un campo magnetico ed onde radio: pertanto è esente da rischi e non doloroso. Dovrà solo mantenere per un certo tempo l'assoluta immobilità per consentire informazioni diagnostiche della migliore qualità. Durante l'esame sentirà un rumore ritmico, che dipende dal normale funzionamento dell'apparecchiatura. Le condizioni di illuminazione e di ventilazione sono regolate per assicurare il massimo comfort possibile. Nella sala magnetica, Lei sarà sempre controllato dal personale che potrà parlarLe mediante un interfono: avrà inoltre a disposizione un pulsante di allarme sempre attivo.

IMPORTANTE: Le informazioni richieste sono indispensabili per garantire l'esecuzione dell'esame in condizioni di regolarità e sicurezza. Non possono essere ASSOLUTAMENTE sottoposti ad esame RM i portatori di pace-makers, valvole cardiache, clips vascolari intracraniche.

Questionario anamnestico da compilare da parte del Paziente insieme al Medico Richiedente.

Il/La paziente è stato sottoposto ad interventi chirurgici?

NO

SI (specificare) _____

Il/La paziente è portatore di

ANEMIA DREPANOCITICA

DEFIBRILLATORI IMPIANTATI

CRISTALLINO ARTIFICIALE

SINDROMI CLAUSTROFOBICHE

DERIVAZIONI LIQUORALI

PROTESI METALLICHE MOBILI

NEUROSTIMOLATORI

ELETTRODI

SCHEGGE O FRAMMENTI METALLICI

CLIPS METALLICHE DURALI

CLIPS METALLICHE SU ANEURISMI

PROTESI METALLICHE FISSE

PROTESI METALLICHE NON FISSE

POMPE PER INSULINA

AURICOLARI

IUD (dispositivo intra-uterino)

LENTI A CONTATTO

PROTESI COCLEARI

IL/LA PAZIENTE HA EFFETTUATO ESAMI RM CON MDC? SI NO
HA PRESENTATO REAZIONI AVVERSE AL MDC? SI NO
LA PAZIENTE È IN GRAVIDANZA? SI NO
IL/LA PAZIENTE È COLLABORANTE? SI NO

Per effettuare l'esame occorre:

- togliere eventuali lenti a contatto; apparecchi per l'udito; dentiera corone temporanee mobili; cinta sanitaria;
- togliere 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 ed altri eventuali oggetti metallici;
- asportare cosmetici dal volto.

Tutti gli oggetti personali possono essere lasciati nello spogliatoio della Sezione RM.

Si informa che l'esposizione a campi magnetici o a onde di radiofrequenza può provocare la perdita di efficacia anticoncezionale del dispositivo intrauterino (IUD): se Lei ne è portatrice, la Sua firma vale come accettazione a sottoporsi all'esame di Risonanza Magnetica.

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sugli eventuali rischi e le controindicazioni all'esame RM ed acconsente all'esecuzione dello stesso.

Firma del Paziente (leggibile) _____ Firma del Medico Richiedente (leggibile) _____

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

Data

.....

.....

CONSENSO INFORMATO del paziente all'esecuzione dell'indagine RM

IL PAZIENTE

Ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame

Firma del paziente (*)

Data

.....

.....

(*) In caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.

ESAME CHE COMPORTA L'INIEZIONE ENDOVENOSA DI M.D.C. PARAMAGNETICO

SINTESI INFORMATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO IN RM

La somministrazione del mezzo di contrasto per via endovenosa è parte integrante dell'esame RM e, in alcuni tipi di indagine, è indispensabile per una corretta diagnosi.

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).

I pazienti con insufficienza renale lieve devono eseguire preliminarmente il dosaggio della CREATININA del sangue (ESUR 2012) e presentarlo al personale medico della sezione di RM per poterne valutare la funzionalità renale.

Infatti i pazienti affetti da insufficienza renale moderata e severa ai quali venga somministrato per via endovenosa un mezzo di contrasto a base di Gadolinio sono esposti maggiormente al rischio di sviluppare una rara patologia nota con il nome di Fibrosi Sistemica Nefrogenica (FSN).

La FSN è una patologia rara caratterizzata da ispessimento della cute e dei tessuti connettivi, debilitante e potenzialmente fatale.

In base alle recenti evidenze in letteratura, l'uso del mezzo di contrasto a base di Gadolinio, in pazienti considerati ad alto rischio, nei dializzati e/o sottoposti a trapianto renale, è strettamente legato ad una scelta consapevole e condivisa tra il clinico richiedente e medico radiologo, nel rispetto del minor costo biologico e migliore risposta diagnostica.

- La somministrazione del mezzo di contrasto può talora comportare alcuni lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito) che un'incidenza non prevedibile e quantificabile ma comunque molto bassa, può indurre anche reazioni allergiche gravi fino allo shock anafilattico. E' necessario quindi comunicare al Medico Responsabile dell'esame ogni eventuale tipo di allergia prima dell'esame stesso.
- Il personale sanitario dell'Unità Operativa è sempre presente all'interno della struttura per garantire un pronto intervento in caso di emergenza.

- L'impiego del Gadolinio nelle donne in gravidanza richiede la valutazione del rapporto rischio/beneficio. (Xagena2003) Fonte: UCSF (University of California San Francisco), quindi l'eventuale stato di gravidanza deve essere preventivamente comunicato al Medico Responsabile dell'esame RM.

A tal proposito si informa che i mezzi di contrasto Gadolinio-chelati, a basso dosaggio, non creano problemi. E' opportuno comunicare anche l'eventuale fase di allattamento del proprio figlio per concordarne le eventuali modalità e tempi di interruzione in relazione all'effettuazione dell'esame RM.

Ogni eventuale chiarimento in merito all'esecuzione dell'esame RM con mezzo di contrasto può essere richiesto al personale dell'Unità Operativa.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Sono d'accordo di effettuare l'esame di Risonanza Magnetica con il mezzo di contrasto atto ad aumentare le possibilità diagnostiche.

Sono stato informato sia dei vantaggi diagnostici che degli effetti indesiderati che potrebbero eventualmente presentarsi con l'uso del prodotto.

Ho ben chiaro di essere libero/a di non aderire alla presente richiesta ed ho ricevuto conferma che in caso di non adesione all'esecuzione dell'esame con questa metodica, l'esame verrà effettuato senza utilizzare il mezzo di contrasto, ponendo la maggior attenzione ad ottenere ugualmente una diagnosi quanto sia più possibile precisa, affidabile ed esauriente.

Data

Firma di consenso del paziente

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI FINI DELLA PRIVACY

Consenso del paziente al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30 Giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", in vigore il 1° gennaio [2004](#).

Il paziente autorizza il trattamento dei dati personali forniti in sede di anamnesi al solo scopo di poter verificare da parte del medico responsabile dell'esame diagnostico la presenza di eventuali controindicazioni legate all'esame RM ed alla possibilità di poter somministrare o meno eventuali MDC / sedativi o eseguire particolari procedure di preparazione pre-esame.

Si autorizza altresì, a seguito dell'esame, la conservazione da parte della struttura sanitaria dei questionari utilizzati contenenti i propri dati sensibili, prevista ai sensi del DM 2.8.91, i cui dati non potranno però essere utilizzabili per scopi diversi da quelli legati ad eventuali verifiche di merito a carattere medico-legale - effettuate anche a distanza di tempo - relative all'espletamento dell'esame stesso.

Firma del Paziente

Data

.....

.....

ESAME CHE COMPORTA L'INIEZIONE INTRAARTICOLARE DI M.D.C. PARAMAGNETICO

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Sono d'accordo di effettuare l'esame di Risonanza Magnetica con il mezzo di contrasto atto ad aumentare le possibilità diagnostiche.

Sono stato informato/a sia dei vantaggi diagnostici che degli effetti indesiderati che potrebbero eventualmente presentarsi con l'uso del prodotto.

Ho ben chiaro di essere libero/a di non aderire alla presente richiesta e ho ricevuto conferma che in caso di non adesione all'esecuzione dell'esame con questa metodica, l'esame verrà effettuato senza utilizzare il mezzo di contrasto, ponendo la maggior attenzione ad ottenere ugualmente una diagnosi quanto sia più possibile precisa, affidabile ed esauriente, tuttavia autorizzo l'equipe medica alle manovre atte alla somministrazione ed alla somministrazione intrarticolare della soluzione con agente contrastografico.

Data

Firma di consenso
