Madonna della Bruna
Poliambulatorio

Radiologia
Cardiologia
Neurologia
Ortopedia
Chirurgia ambulatoriale
Diagnostica domiciliare

Piazza Cesare Firrao, 19/24
75100 Matera
Tel. 0835 331875
Fax 0835 332795
www.radiologiamatera.it
raggix@tin.it

Consenso informato all'esame di:
RISONANZA MAGNETICA con Mezzo di Contrasto

*Per il paziente da **leggere attentamente*** **DR 02 C PO 01**

Nota informativa relativa all'esame di Risonanza Magnetica (spiegazioni)

CHE COS'È
La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive.
La Risonanza Magnetica di base si configura come un esame diagnostico non invasivo e 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.
Tuttavia è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile 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, pelvi, dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico (articolazioni, osso, tessuti molli).

COME SI EFFETTUA
L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene sdraiato su un lettino e in relazione al tipo di organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare, queste non provocano dolore o fastidio essendo appoggiate all'esterno del corpo, ad eccezione delle bobine endorettali. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa.

COSA PUÒ SUCCEDERE- EVENTUALI COMPLICANZE
Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni 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.

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI
I pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono compilare un apposito "***questionario anamnestico***" (di seguito riportato) al fine di escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

SI RACCOMANDA QUANTO SEGUE:
- 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),
- 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.

Si raccomanda di evitare di truccare il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini.
Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente. Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

Madonna della Bruna
Poliambulatorio

Radiologia
Cardiologia
Neurologia
Ortopedia
Chirurgia ambulatoriale
Diagnostica domiciliare

Piazza Cesare Firrao, 19/24
75100 Matera
Tel. 0835 331875
Fax 0835 332795
www.radiologiamatera.it
raggix@tin.it

Consenso informato all'esame di:
RISONANZA MAGNETICA con Mezzo di Contrasto

*Per il paziente da **leggere attentamente*** **DR 02 C PO 01**

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 endovensa 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 letterattura, 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 Gd-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. Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

Madonna della Bruna
Poliambulatorio

Radiologia
Cardiologia
Neurologia
Ortopedia
Chirurgia ambulatoriale
Diagnostica domiciliare

Piazza Cesare Firrao, 19/24
75100 Matera
Tel. 0835 331875
Fax 0835 332795
www.radiologiamatera.it
raggix@tin.it

Consenso informato all'esame di:
RISONANZA MAGNETICA con Mezzo di Contrasto

Per il paziente da ***compilare con attenzione*** **DR 02 C PO 01**

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DELL' ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Soffre di claustrofobia? SI ☐ NO ☐
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? SI ☐ NO ☐
Ha mai subiti incidenti stradali, incidenti di caccia? SI ☐ NO ☐
E' stato vittima di traumi da esplosioni? SI ☐ NO ☐
Ha subito interventi chirurgici su :
testa_____ collo_____ torace_____
addome_____ estremità_____ altri_____
(Specifiche per il sesso femminile)
E' in stato di gravidanza? SI ☐ NO ☐
Data ultime mestruazioni: _____

E' portatore di:
schegge o frammenti metallici? SI ☐ NO ☐
clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? SI ☐ NO ☐
valvole cardiache? SI ☐ NO ☐
distrattori della colonna vertebrale? SI ☐ NO ☐
pompa d'infusione per insulina o altri farmaci? SI ☐ NO ☐
pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? SI ☐ NO ☐
corpi metallici nelle orecchie o impianti nel cervello o sub-durali? SI ☐ NO ☐
corpi intra-uterini? SI ☐ NO ☐
derivazione spinale o ventricolare? SI ☐ NO ☐
protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari etc.)
viti chiodi , filo, etc.? SI ☐ NO ☐
localizzazione (dove si trovano se ci sono)_____
Protesi dentarie fisse o mobili? SI ☐ NO ☐
localizzazione (dove si trovano se ci sono)_____
Protesi del cristallino ? SI ☐ NO ☐
E' affetto da anemia falciforme? 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 (ad es. applicati agli indumenti in tintoria), limette, forbici e altri eventuali oggetti metallici;
- asportare cosmetici dal volto.

Data _____

Firma del Medico Responsabile
dell'esecuzione dell'esame

_____

Madonna della Bruna
Poliambulatorio

Radiologia
Cardiologia
Neurologia
Ortopedia
Chirurgia ambulatoriale
Diagnostica domiciliare

Piazza Cesare Firrao, 19/24
75100 Matera
Tel. 0835 331875
Fax 0835 332795
www.radiologiamatera.it
raggix@tin.it

Consenso informato all'esame di:
RISONANZA MAGNETICA con Mezzo di Contrasto

*Per il paziente da **compilare con attenzione*** **DR 02 C PO 01**

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO

Dichiarante il/la sottoscritto/a _____nato/a a_____

il _____residente a_____Via _____

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore _____

(2) in qualità di tutore del paziente _____

Informato/a dal Dr. _____
- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Risonanza Magnetica

Reso/a consapevole:
- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto, valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

☐ **accetto l'indagine proposta** ☐ **rifiuto l'indagine proposta**

Medico radiologo (firma)_____

Eventuale interprete (firma) _____

Data _____ Firma del paziente _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

☐ SI ☐ NO Data _____ Firma del paziente _____

La preghiamo, ove tutti i suoi dubbi siano stati chiariti, di datare e firmare il presente modulo per **prestare il suo consenso informato.** Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali". La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data _____ Firma_____

Madonna della Bruna
Poliambulatorio

Radiologia
Cardiologia
Neurologia
Ortopedia
Chirurgia ambulatoriale
Diagnostica domiciliare

Piazza Cesare Firrao, 19/24
75100 Matera
Tel. 0835 331875
Fax 0835 332795
www.radiologiamatera.it
raggix@tin.it

Consenso informato all'esame di:
RISONANZA MAGNETICA con Mezzo di Contrasto

*Per i medici della struttura da **compilare in ogni parte*** **DR 02 C PO 01**

SPAZIO PER LE AUTORIZZAZIONI (compilazione a cura della struttura):

Il medico radiologo responsabile dell'esame dopo aver analizzato tutta la documentazione e verificato il corretto funzionamento delle apparecchiature, autorizza l'esecuzione dell'esame:

Dr._____

Il medico anestesista responsabile dell'assistenza all'esame contrastografico dopo aver verificato la presenza e l'idoneità di tutti i presidii farmacologici e strumentali presenti nel carrello d'emergenza in sala RM ed accertate tutte le ulteriori controindicazioni all'esecuzione dell'esame, rilascia il proprio benestare all'esecuzione:

Dr._____

Pinzare in questo spazio il talloncino del flacone del mdc usato

Madonna della Bruna
Poliambulatorio

Radiologia
Cardiologia
Neurologia
Ortopedia
Chirurgia ambulatoriale
Diagnostica domiciliare

Piazza Cesare Firrao, 19/24
75100 Matera
Tel. 0835 331875
Fax 0835 332795
www.radiologiamatera.it
raggix@tin.it

Consenso informato all'esame di:
RISONANZA MAGNETICA con Mezzo di Contrasto

Riservata al Medico curante / richiedente **DR 02 C PO 01**

Caro collega,
al fine di una migliore collaborazione, mirata al raggiungimento degli obiettivi diagnostici relativi al paziente in esame ed in coerenza con la Nota del Ministero della Sanità del 17/09/1997 sulla utilizzazione dei mezzi di contrasto, è necessario conoscere tutte le condizioni clinico-anamnestiche del paziente relativamente all'indagine da te richiesta.

A **TIPO DI ESAME**_____

QUESITO CLINICO_____

_____

E' indispensabile essere informati da te sulla presenza di elementi anamnestici o clinici relativi alle sotto indicate condizioni, che il paziente potrebbe non conoscere perfettamente o non indicare correttamente?

B **Comprovato rischio allergico?** SI ☐ NO ☐

Indicare quali, se conosciute_____
ATTENZIONE ! In caso di positività valutare l'opportunità della premedicazione come qui suggerita:
3 compresse di DELTACORTENE da 25 mg da assumere come di seguito prescritto:
- 1 cp 13 ore prima dell'esame + Ranitidina 300 mg 1 compressa
- 1 cp 7 ore prima dell'esame + Ranitidina 300 mg 1 compressa
- 1 cp 1 ora prima dell'esame

Forme gravi di insufficienza epatica, renale o cardiovascolare? SI ☐ NO ☐
Paraproteinemie o di mieloma multiplo? SI ☐ NO ☐
Il paziente assume Beta-bloccanti? SI ☐ NO ☐
Storia di emosiderosi o emocromatosi? SI ☐ NO ☐
Precedenti reazioni al destrano? SI ☐ NO ☐
Storia di asma? SI ☐ NO ☐

Esami e preparazione richiesti per la somministrazione di mezzo di contrasto e.v. in Risonanza Magnetica:

C **CREATINEMIA e DIGIUNO 6 ore prima dell'esame**

Si chiarisce, che **tali indicazioni permetteranno al Medico Radiologo,** responsabile della conduzione dell'esame e all'anestesista di struttura, **di decidere sulla opportunità e modalità di somministrazione del mdc** e.v., senza le quali l'esame potrebbe non essere eseguito o effettuato con rischi maggiori per il paziente.
Ringraziandoti per la collaborazione e restando a disposizione per qualsiasi chiarimento, ti inviamo cordiali saluti.

Firma / timbro per presa visione di questi contenuti_____