
	ESAMI di RISONANZA MAGNETICA QUESTIONARIO ANAMNESTICO NOTA INFORMATIVA CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME PREPARAZIONE PAZIENTE ALLERGICO	
--	--	--

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

La presente scheda è parte integrante della documentazione clinica del Paziente e deve essere consegnata, **debitamente compilata, al Medico Responsabile dell'indagine RM (Risonanza Magnetica) e da Questi rivalidata.**

Nome e Cognome del Paziente _____

età _____ anni (compiuti) peso (Kg) _____

Nome e Cognome **Medico Prescrivente (M.P)** _____
firma **M.P.**

Esame Proposto: _____

Quesito Diagnostico (campo obbligatorio)

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE all'esecuzione dell'ESAME RM

*L'indagine **non può essere eseguita** in presenza di una di queste situazioni*

Paziente Portatore di pace-maker cardiaco o ICD o loop recorder qualora "un-safe" o conditional se al di fuori delle specifiche del fabbricante	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di schegge o frammenti metallici in sede oculare, viscerale o intracranica;	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di impianti a rete metallica, espansori tissutali (mammella)	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di protesi metalliche, impianti cocleari e protesi stapediale, placche o viti, fili, chiodi, distrattori della colonna, clips vascolari ferromagnetiche, valvole cardiache meccaniche, catetere di Swan-Ganz, elettrodi endocorporei, neurostimolatori, filtri vascolari, stent e spirali metalliche di cui non si conoscano le caratteristiche (Casa costruttrice, tipo e data di impianto) e/o la sicura compatibilità magnetica	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di Tatuaggio eseguito da meno di 60 gg.	<input type="checkbox"/>

NB. nel caso di situazioni dubbie è obbligatorio avviare il paziente alla raccolta informativa presso la struttura che ha impiantato il "device" e, successivamente, alla valutazione di Medico Radiologo Responsabile dell'Esecuzione dell'Esame.

CONTROINDICAZIONI RELATIVE all'esecuzione dell'ESAME RM

L'effettiva controindicazione all'effettuazione dell'indagine RM, anche in caso di sussistenza di una sola delle condizioni sotto elencate è valutata dal Medico Responsabile dell'Esecuzione dell'Esame

Claustrofobico ?	SI	NO
In stato di Gravidanza? (Settimana _____) N.B: la Risonanza magnetica è controindicata nel I trimestre)	SI	NO
Ha febbre?	SI	NO
Portatore di protesi del cristallino applicata precedentemente all'anno 1985 ?	SI	NO
Portatore di schegge o frammenti metallici in sedi non vitali (ha lavorato come tornitore, saldatore, carrozziere? Ha mai subito incidenti stradali, di caccia o ferite di guerra?)	SI	NO
Ha subito interventi chirurgici su collo, addome, torace, arti? indicare quali: _____	SI	NO
Portatore di pompe di infusione di farmaci ?	SI	NO
Portatore di dispositivi intrauterini ? Se sì , utile valutazione ginecologica successiva all'esame	SI	NO
Portatore di protesi dentarie fisse o mobili ?	SI	NO
Portatore di shunt liquorale ventricolo-peritoneale ?	SI	NO
Portatore di tatuaggio ? Se costituito da materiale ferromagnetico può causare surriscaldamento e/o irritazione locale fino ad ustioni	SI	NO
Presenza di cosmetici con polveri ferromagnetiche (mascara, eyeliner, etc.) ?	SI	NO
Portatore di piercing ? (può mobilizzarsi o causare ustioni)	SI	NO

Prescrizione per esami RM, solo se effettuati con mezzo di contrasto paramagnetico (m.d.c)
Si rammenta, nel caso di esame RM con contrasto, che è opportuno un digiuno di 6 ore prima dell'esame.

La presenza di insufficienza renale grave o moderata può essere concausa di una grave patologia denominata **fibrosi nefrogenica sistemica, si richiede che tutti i pazienti effettuino, entro i 30 giorni che precedono l'esame di RM, il dosaggio ematico della creatininemia e portino il risultato il giorno dell'esame.**

- | | | |
|---|----|----|
| i) Paziente con nota allergia al mdc | SI | NO |
| ii) Paziente allergico con precedenti episodi di distress respiratorio, manifestazioni orticarioidi generalizzate gravi, angioedema, broncocostrizione, shock anafilattico, perdita di coscienza) | SI | NO |

Nel caso di risposta affermativa è consigliata la preparazione Preventiva riportata a pagina 4, del presente modulo.

Il Medico Responsabile dell'indagine RM.

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari AUTORIZZA all'esecuzione dell'indagine RM

Data _____

Firma del Medico Responsabile dell'esame

CONSENSO INFORMATO all'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.

Data _____

Firma del Paziente (o del Genitore o Tutore nei casi previsti)

Parte di competenza delle signore pazienti in stato di gravidanza, preventivamente informata dal Medico Responsabile della RM sulla tipologia e sui possibili rischi dell'esame
Da compilare in caso gravidanza accertata o presunta all'atto dell'esecuzione dell'esame

ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

NON ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

NOTA INFORMATIVA

L'esame con **Risonanza Magnetica** viene effettuato senza l'impiego di raggi X, utilizzando solo un forte campo magnetico ed onde a radiofrequenza.

La durata dell'indagine può essere molto diversa in rapporto al tipo di esame (20 minuti - 1 ora).

Il personale della struttura erogatrice è sempre presente e a Sua disposizione per qualsiasi necessità.

SI PREGA DI PORTARE, CON SE', TUTTI GLI ESAMI RADIOLOGICI E STRUMENTALI PRECEDENTI ED EVENTUALI COPIE DI CARTELLE CLINICHE INERENTI AL QUESITO DIAGNOSTICO

Per effettuare l'esame TOGLIERE indumenti con parti metalliche, lenti a contatto, protesi auricolari e tutte le altre protesi mobili, mollette per capelli, cosmetici dal volto, lacca, piercing, occhiali, gioielli, orologi, ganci, monete e ogni altro tipo di oggetto metallico, carte di credito, schede magnetiche.

IN CASO DI IMPIEGO DI MEZZO di CONTRASTO

- Per l'esecuzione di alcune indagini di RM può essere necessaria l'iniezione endovenosa di **mezzo di contrasto paramagnetico**.
- Come con tutti i farmaci, si possono verificare effetti collaterali o reazioni allergiche.
- Solo raramente sono state segnalate evenienze più gravi e pericolose per la vita del Paziente.

Le Strutture Diagnostiche erogatrici di esami RM, dispongono comunque di personale e di attrezzature idonee ad affrontare tali reazioni avverse.

CONSENSO ALL'ESAME con mezzo di contrasto

(per il paziente in generale, in particolare per la donna in stato di gravidanza)

Esaurientemente informato/a
dal Dott./Dott.ssa _____

sui rischi concernenti l'effettuazione dell'esame di RM con impiego di mezzo di contrasto per via endovenosa

ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

NON ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

Data _____

Firma del/la paziente o del genitore o tutore

Data _____

Firma leggibile
del Medico che ha comunicato le informazioni

PREPARAZIONE PAZIENTE ALLERGICO

PRO MEMORIA

Si riporta la preparazione dei pazienti allergici, qualora si è risposto positivamente ad una delle seguenti condizioni:

- | | |
|-----|--|
| i) | Soggetti con allergia nota al m.d.c |
| ii) | Soggetti allergici con precedenti episodi di distress respiratorio, manifestazioni orticarioidi generalizzate gravi, angioedema, broncocostrizione, shock anafilattico, perdita di coscienza |

Si ritiene che la preparazione PREVENTIVA debba essere eseguita secondo il seguente schema:

PREPARAZIONE

- Prednisone 50 mg - 14 ore e 2 ore prima della procedura
- Antistaminico, secondo disponibilità commerciale, da assumere 2 ore prima della procedura
- Omeprazolo 20mg - 14 ore e 2 ore prima della procedura

Idratazione per OS, 500 ml prima della procedura ed almeno 2000 ml nelle 24 ore successive alla stessa

DI PERTINENZA della U.O. di Radiologia

Nel caso di PAZIENTI NON precedentemente PREPARATI, se l'indagine è assolutamente indispensabile.

A giudizio del medico esecutore, l'indagine RM potrà essere eseguita subito dopo il seguente schema preparatorio:

- Metilprednisolone 40 mg
- Clorfenamina 10 mg o, in sostituzione, Prometazina cloridrato, fiala 50 mg/2ml
- + Sol. Fisiologica 250 ml in 15 minuti circa
- Ranitidina 50 mg