

Unità Operativa di Radiologia

## NORME DI PREPARAZIONE

### ANGIO-RMN VASI DEL TORACE

IL GIORNO DELL'ESAME, RIPORTARE COMPILATO IL CONSENSO INFORMATO.

PREPARAZIONE SOLO PER ESAMI CON MEZZO DI CONTRASTO:

PRESENTARSI A DIGIUNO DA ALMENO 4 ORE PRIMA DELL'ESAME.

PORTARE ESITO DELL'ESAME DELLA CREATINEMIA CON DATA ANTECEDENTE NON SUPERIORE AI 30 GIORNI.

AI FINI DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA NEFROPATIA DA M.D.C., SI RITIENE OPPORTUNO IL DOSAGGIO EMATICO DEL PARAMETRO (CREATINEMIA) SU TUTTI I PAZIENTI INDICATI ALL'INDAGINE DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE CON MEZZO DI CONTRASTO.

L'ASSENZA DELLA PRESCRIZIONE MEDICA E DELL'ESITO DEGLI ESAMI EMATOCHIMICI PRECLUDE L'ESECUZIONE DELL'ESAME.

NON E' NECESSARIO SOSPENDERE L'ASSUNZIONE DI FARMACI IN USO (ES: ANTI-IPERTENSIVI), ASSUMERLI CON UN PO' D'ACQUA.

#### CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE all'esecuzione dell'ESAME RM

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

Paziente Portatore di <b>pace-maker cardiaco o ICD o loop recorder qualora "un-safe" o conditional se al di fuori delle specifiche del fabbricante</b>	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di <b>schegge o frammenti metallici</b> 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 <b>di cui non si conoscano le caratteristiche (Casa costruttrice, tipo e data di impianto) e/o la sicura compatibilità magnetica</b>	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di <b>Tatuaggio</b> eseguito da <b>meno di 60 gg.</b>	<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 de Medico Radiologo Responsabile dell'Esecuzione dell'Esame.**

# MODULO PREPARAZIONE PER PAZIENTI ALLERGICI

## INDAGINI CON MEZZO DI CONTRASTO

### a cura del Medico prescrivente

I pazienti da sottoporre alla sottostante preparazione devono rispondere positivamente ad una delle seguenti condizioni:

- 1) Soggetti con allergia nota al M.D.C
- 2) Soggetti allergici con precedenti di distress respiratorio, manifestazioni orticarioidi generalizzate gravi, angioedema, broncocostrizione, shock anafilattico, perdita di coscienza.

### LA PREPARAZIONE PREVENTIVA DEVE ESSERE ESEGUITA SECONDO IL SEGUENTE SCHEMA:

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

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

### DI PERTINENZA DEL SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER LE IMMAGINI - nel caso di PAZIENTI NON precedentemente PREPARATI, se l'indagine è assolutamente indispensabile


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

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

Data ...../...../..... Il Medico prescrivente .....

*Per ulteriori informazioni è possibile contattare i numeri telefonici: 0331 476265 / 0331 476340*



	<b>ESAMI di RISONANZA MAGNETICA</b> Questionario Anamnestico Nota Informativa Consenso informato all'Esame Preparazione Paziente Allergico	cons_DDI_010  rev 0  pagina 1 di 4
	<b>Servizio Diagnostica per Immagini</b> Responsabile: Dr. Luca Giuseppe Crespi	

### 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 <b>pace-maker cardiaco o ICD o loop recorder</b> qualora "un-safe" o conditional se al di fuori delle specifiche del fabbricante	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di <b>schegge o frammenti metallici</b> 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 <b>di cui non si conoscano le caratteristiche (Casa costruttrice, tipo e data di impianto) e/o la sicura compatibilità magnetica</b>	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di <b>Tatuaggio</b> eseguito da <b>meno di 60 gg.</b>	<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 del 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*

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

	<b>ESAMI di RISONANZA MAGNETICA</b> Questionario Anamnestico Nota Informativa Consenso informato all'Esame Preparazione Paziente Allergico	cons_DDI_010
	<b>Servizio Diagnostica per Immagini</b> Responsabile: Dr. Luca Giuseppe Crespi	rev 0  pagina 2 di 4

**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   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| ii) | Paziente allergico con precedenti episodi di distress respiratorio, manifestazioni orticarioidi generalizzate gravi, angioedema, broncocostrizione, shock anafilattico, perdita di coscienza) | <b>SI</b> | <b>NO</b> |

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

<b>Il Medico Responsabile dell'indagine RM.</b> Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari <b>AUTORIZZA</b> all'esecuzione dell'indagine RM	
Data _____	_____ <b>Firma del Medico Responsabile dell'esame</b>

<b>CONSENSO INFORMATO all'indagine RM</b>	
<b>IL PAZIENTE</b> Ritene 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 _____	_____ <b>Firma del Paziente (o del Genitore o Tutore nei casi previsti)</b>
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 <i>Da compilare in caso gravidanza accertata o presunta all'atto dell'esecuzione dell'esame</i>	
• <b>ACCONSENTO</b> di sottopormi all'indagine	• <b>NON ACCONSENTO</b> di sottopormi all'indagine

	<b>ESAMI di RISONANZA MAGNETICA</b> Questionario Anamnestico Nota Informativa Consenso informato all'Esame Preparazione Paziente Allergico	cons_DDI_010  rev 0
	<b>Servizio Diagnostica per Immagini</b> Responsabile: Dr. Luca Giuseppe Crespi	pagina 3 di 4

### 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.**

**L'esame non viene eseguito ai pazienti allergici al lattice in quanto la struttura non dispone di procedure rianimatorie latex free**

### 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

\_\_\_\_\_

	<b>ESAMI di RISONANZA MAGNETICA</b> Questionario Anamnestico Nota Informativa Consenso informato all'Esame Preparazione Paziente Allergico	cons_DDI_010
	<b>Servizio Diagnostica per Immagini</b> Responsabile: Dr. Luca Giuseppe Crespi	rev 0  pagina 4 di 4

## PREPARAZIONE PAZIENTE ALLERGICO

### PROMEMORIA

*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
- Omeprazolo 20mg