

## MODULO e QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESAME RM

### DATI PAZIENTE:

Cognome .....	Nome .....
Data e luogo di nascita .....	Peso (Kg) .....
Residenza .....	Recapito Tel. ....
Indagine richiesta .....	Reparto .....

### Nota informativa relativa all'esame RM senza e con somministrazione di Mezzo di Contrasto:

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive, viene utilizzato l'impiego di intensi campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF). In alcuni tipi di indagini 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. **L'eventuale stato di gravidanza deve essere preventivamente comunicato al Medico Responsabile dell'esame RM.** E' opportuno comunicare anche fase di allattamento del proprio figlio (se l'esame deve essere effettuato con somministrazione di M.d C.)

**-I portatori di Pace Maker** devono sempre avvertire il personale del servizio di RM, anche se accompagnatori; i portatori di Pace Maker non RM compatibili non possono accedere al sito.

Nel corso dell'esame RM è molto rara l'insorgenza di eventuali complicazioni. L'evenienza più probabile è rappresentata da una crisi di claustrofobia a carattere passeggero.

- La somministrazione del mezzo di contrasto per via endovenosa può essere 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). Viene richiesto il dosaggio della **CREATININA** del sangue per valutare la funzionalità renale. Infatti i pazienti affetti da **insufficienza renale moderata o 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). 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.

- La somministrazione del mezzo di contrasto può talora comportare alcuni lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito) e con un'incidenza 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.**

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

### Esecuzione dell'esame RM:

I pazienti possono essere sottoposti all'esame RM solo previa esclusione di ogni possibile controindicazione all'esame RM e **compilazione** dell'apposito "**Questionario Paziente**" e "**Modulo di consenso informato**". Per effettuare l'esame RM è necessario (1) togliere eventuale trucco dal viso, (2) togliere e lasciare 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. 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 la massima comodità e ridurre possibili effetti claustrofobici. Durante la fase di esame è necessario rimanere tranquilli e mantenere il massimo grado di immobilità per non compromettere il risultato diagnostico dell'immagine. La respirazione regolare e la deglutizione della saliva non disturbano l'esame. In alcuni tipi di indagine può essere richiesto al paziente di collaborare mediante atti respiratori e brevi periodi di apnea al fine di migliorare la qualità diagnostica delle immagini. Nella sala comando è sempre presente personale di servizio pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità. Il paziente è sempre e comunque in contatto vocale e visivo con gli operatori che eseguono un controllo costante durante tutta la fase di esame. In caso di insorgenza di disturbi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento è opportuno che il paziente avverta quanto prima il Medico Radiologo

## Questionario anamnestico <sup>(1)</sup>

Il “Questionario Anamnestico” ha lo scopo di accertare l’assenza di controindicazioni all’esame RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato da ogni paziente prima di essere sottoposto all’esame RM. Si evidenzia che risposte affermative ad uno o più quesiti possono comportare controindicazione anche assoluta all’esecuzione dell’esame RM.

▪ È in stato di gravidanza?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
▪ Ha eseguito in precedenza esami RM?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
▪ Ha avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto RM?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
▪ Soffre di claustrofobia?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
▪ Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
▪ Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
▪ È stato vittima di traumi da esplosioni?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
▪ Ultime mestruazioni avvenute: .....		
▪ Ha subito interventi chirurgici su:		
testa .....	addome .....	
collo .....	estremità .....	
torace .....	altro .....	
▪ È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all’interno del corpo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
▪ È portatore di:		
Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Schegge o frammenti metallici?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Valvole cardiache?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Stent?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Defibrillatori impiantati?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Distrattori della colonna vertebrale?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Altri tipi di stimolatori?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Corpi intrauterini?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Derivazione spinale o ventricolare?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Protesi dentarie fisse o mobili?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc.), viti, chiodi, filo, etc... ?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Altre protesi?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Localizzazione .....		
▪ Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all’interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Modello di “Questionario anamnestico”, redatto sulla base delle indicazioni riportate nel D.M. 02-08-1991 e s.m.i.

**Informazioni supplementari:**

È affetto da anemia falciforme? Si  No

È portatore di protesi del cristallino? Si  No

È portatore di piercing? Si  No

Localizzazione ..... Si  No

Presenta tatuaggi? Si  No

Localizzazione ..... Si  No

Sta utilizzando cerotti medicali? Si  No

Valori della **CREATININEMIA**: .....

Per effettuare l'esame RM occorre togliere:

eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta sanitaria - 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 esempio applicati agli indumenti in tintoria) - limette - forbici - ed altri eventuali oggetti metallici.

Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal volto.

**IL PAZIENTE**

ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM e dichiara di aver risposto in modo veritiero al questionario anamnestico sottoposto ed acconsente all'esecuzione dell'esame RM.

Firma del paziente (\*) .....

Data .....

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

**II MEDICO RESPONSABILE dell'ESAME RM**

Preso atto delle risposte fornite dal paziente

**AUTORIZZA L'ESECUZIONE dell'INDAGINE RM**

Firma del Medico Responsabile dell'esame RM

Data

.....

.....

## ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO (2)

### Dichiarante

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

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

(2) in qualità di tutore del paziente.....

**Informato** circa l'indicazione clinica, l'utilità, le modalità di esecuzione, tutte le possibili complicazioni e i fattori di rischio degli accertamenti clinici e diagnostici mediante RM a cui sarà sottoposto

### Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che potrebbe offrire 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.
- dei rischi relativi alla somministrazione di Mezzo di Contrasto paramagnetico e.v.

### Preso 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**  
 **accetto la somministraz. M di C. e.v.**     **rifiuto tale somministrazione**

Medico radiologo \_\_\_\_\_

Eventuale interprete \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

**SI**     **NO**

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_

Medico radiologo \_\_\_\_\_

### POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

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 del paziente \_\_\_\_\_