



AZIENDA U.L.S.S. N. 6 – EUGANEA

www.aulss6.veneto.it

Via Enrico degli Scrovegni n. 14 – 35131 PADOVA

Presidio Ospedaliero Immacolata Concezione di Piove di Sacco

Presidio Ospedaliero Sant'Antonio

UC di Radiologia

Direttore Dr. Fausto Pittarello

AUTORIZZAZIONE ESECUZIONE DI RISONANZA MAGNETICA

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE/UTENTE

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Sesso ☐ M ☐ F Peso _____
Provenienza _____
Esame richiesto _____
Quesito diagnostico _____

PARTE 1: SCHEDA INFORMATIVA

*Gentile utente,**prima di sottoporsi all'esame di Risonanza Magnetica, Le consigliamo di leggere le seguenti note che potranno aiutarla ad affrontare con maggior sicurezza e serenità questo esame.*

L'indagine di Risonanza Magnetica utilizza un **campo magnetico intenso** e onde elettromagnetiche a radiofrequenza. L'elevata intensità del campo magnetico esercita, come una potente calamita, una forte attrazione su materiali ferromagnetici di cui Lei può essere portatore (come per esempio schegge o punti di sutura metallici), con conseguente possibilità di creare effetti indesiderati. L'attenta **compilazione del questionario** che ha ricevuto, garantisce la prevenzione di tali possibili evenienze.

Ad eccezione di condizioni cliniche particolari per la salute del feto o per la madre, è prudente escludere dalla Risonanza Magnetica le gestanti, in particolare nel primo trimestre di gravidanza, anche se non è stata comprovata la sensibilità dell'embrione ai campi magnetici e di radiofrequenza utilizzati per tali indagini.

L'indagine di Risonanza Magnetica può richiedere un tempo variabile da **30 a 60** minuti, durante i quali Le chiediamo di mantenere **l'assoluta immobilità**. Movimenti anche piccoli possono infatti seriamente danneggiare la qualità dell'esame. Durante l'esame la macchina emetterà un **rumore ritmico** causato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura; a tal proposito Le verranno fornite delle cuffie di protezione.

Per lo studio di alcuni organi od apparati può essere indicato e necessario l'uso di sostanze paramagnetiche - il cosiddetto **mezzo di contrasto** (a base di Gadolinio) - che Le verrà somministrato per via endovenosa. Nonostante l'uso in milioni di casi, si sono avuti rari e minimi disturbi collaterali, come per esempio nausea e vomito. Tuttavia deve essere evitato in caso di grave insufficienza renale cronica (solitamente espressa in 4 ml/Kg di VFG). A tal fine è necessario che il paziente si presenti il giorno dell'appuntamento con un esame recente (datato meno di 30 giorni) che attesti il livello di Creatininemia. A riguardo La informiamo che 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)

In caso di necessità e in qualsiasi momento, Lei potrà comunicare con gli operatori sanitari presenti in sala comando: il microfono collocato all'interno dell'abitacolo è costantemente attivato. In qualsiasi momento l'esame può essere sospeso senza conseguenze dannose.

Le raccomandiamo infine di:

- asportare dal volto eventuali cosmetici;
- lasciare nello spogliatoio tutti gli oggetti metallici (fermagli per capelli, forcine, mollette, occhiali, fibbie, orologio, chiavi, orecchini, catenine, ecc.), i tesserini magnetici, le carte di credito;
- togliere eventuali apparecchi per udito, dentiere mobili, cinta sanitaria, lenti a contatto;
- indossare solamente il camice ospedaliero che troverà nello spogliatoio,
- **esibire la documentazione clinica, radiologica e strumentale relativa ad accertamenti precedentemente eseguiti ed eventuali lettere di dimissione.**

PARTE 2: QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER RISONANZA MAGNETICA**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO**

Per la corretta esecuzione dell'indagine e per escludere controindicazioni alla stessa è indispensabile compilare il questionario in ogni sua parte. In particolare prestare attenzione al seguente punto:

Se nel seguente questionario viene barrata una qualsiasi delle caselle corrispondenti alla voce SI, ci sono possibili controindicazioni allo svolgimento dell'esame di Risonanza Magnetica. In tal caso il medico radiologo deciderà se il paziente può essere sottoposto all'esame.

IMPORTANTE:

I portatori di protesi/impianti devono allegare le specifiche dei dispositivi o la dichiarazione dello specialista esecutore dell'impianto, comprendente informazioni sull'eventuale compatibilità con la risonanza magnetica.

QUESTIONARIO

Il paziente soffre di Claustrofobia/non collaborante	☐ no	☐ sì	
Il paziente è portatore di:			
Pacemaker cardiaco	☐ no	☐ sì	
Defibrillatori impiantati	☐ no	☐ sì	
Protesi cocleari (orecchio interno)	☐ no	☐ sì	
Protesi otologiche (orecchio medio)	☐ no	☐ sì	Se SI indicare il tipo e l'anno di impianto e compatibilità con risonanza ☐ SI ☐ NO
Clips vascolari ferromagnetiche intracraniche	☐ no	☐ sì	
Clips	☐ no	☐ sì	☐ endocraniche ☐ endovascolari ☐ ☐ endoorbitarie ☐ aneurismi aorta cervello
Neurostimolatori o stimolatori di crescita ossea	☐ no	☐ sì	
Pompe impiantabili per infusione di farmaci non RM compatibili	☐ no	☐ sì	
Valvole cardiache o altri tipi di protesi cardiovascolari comprese trans apicali e percutanee (Tavi)	☐ no	☐ sì	Se SI indicare il tipo e l'anno di impianto e compatibilità con risonanza ☐ SI ☐ NO
Filtri vascolari – Stents	☐ no	☐ sì	Se SI indicare la data di impianto/....../.....
Protesi o viti ortopediche	☐ no	☐ sì	
Protesi	☐ no	☐ sì	☐ cristallino ☐ oculari magnetiche
Impianti oculari (molle palpebrali, punti retinici)	☐ no	☐ sì	
Espansori mammari	☐ no	☐ sì	
Protesi peniene	☐ no	☐ sì	
Cateteri di derivazione spinale o ventricolare	☐ no	☐ sì	Se SI indicare il tipo e l'anno di impianto e compatibilità con risonanza ☐ SI ☐ NO
Spirale intrauterina (IUD) e diaframma contraccettivo	☐ no	☐ sì	Si ricorda di contattare il medico ginecologo dopo l'effettuazione dell'esame
Tatuaggi estesi o trucco permanente	☐ no	☐ sì	Se SI indicare zona del corpo
Body piercing	☐ no	☐ sì	Se SI indicare zona del corpo
Per le donne in età fertile			
Gravidanza presunta o in atto	☐ no	☐ sì	Data dell'ultima mestruazione/....../.....
E' stato sottoposto a interventi chirurgici	☐ no	☐ sì	Se SI indicare data, tipo, sede, di ogni intervento subito: ☐ Testa ☐ Estremità ☐ Torace ☐ Altro ☐ Collo ☐ Addome
E' stato vittima di esplosioni, incidenti di caccia, traumi/incidenti stradali?	☐ no	☐ sì	Se SI precisare eventuali danni subiti, eventuale presenza e localizzazione di schegge e corpi metallici
Ha lavorato/lavora come fabbro, tornitore, saldatore, carrozziere, addetto alla lavorazione di vernici metallizzate	☐ no	☐ sì	Eventuali note

PARTE 3: QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ESECUZIONE DI RISONANZA MAGNETICA CON MEZZI DI CONTRASTO			
A CURA DEL MEDICO CURANTE/PRESCRITTORE			
Precedenti somministrazioni di M.D.C.	☐ no	☐ si	☐ gadolinio ☐ iodato ☐ altro _____
Precedenti reazioni al M.D.C	☐ no	☐ si	Se si, specificare _____
Eventuali trattamenti farmacologici concomitanti (esclusa premedicazione)	☐ no	☐ si	Se si, specificare _____
Precedenti reazioni a farmaci:	☐ no	☐ si	Se si, a quali farmaci _____
Altre forme allergiche (es. Asma)	☐ no	☐ si	Se si, specificare _____
Eventuali malattie accertate Fattori di rischio per somministrazione mdc ed eventuale sedazione: Indicazione alla sedazione Si ☐ No ☐ Patologie renali Si ☐ No ☐ Patologie respiratorie: asma, bronchiti, polmoniti, Si ☐ No ☐ enfisema, BPCO Patologie cardiache: scompenso grave, infarto pregresso, aritmie, ipertensione. v Si ☐ No ☐ alvulopatie portatore PM o ICD, anomalie ECG, BBsx, FA Patologie ematologiche: mieloma e gammopatia Si ☐ No ☐ monoclonale, anemie leucemie, coagulopatie Patologie del SNC: demenza, ictus, epilessia Si ☐ No ☐ Parkinson, sd neuropsichiatriche	Insufficienza epatica grave Insufficienza renale acuta Insufficienza renale cronica CKD 3 (VFG < 60 ml/min) Insufficienza renale cronica CKD 4 e 5 (VFG < 30 ml/min) Nel caso di insufficienza renale effettuare: Creatininemia ____ (mg/dl) e VFG ____ eseguito il ____/____/_____ Eventuali terapie in atto _____ _____ _____ Allegare esami di laboratorio e referti diagnostici che definiscono il grado delle condizioni patologiche.		
Motivazione della sedazione			

Firma del medico prescrittore.....

PARTE 4: ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO
Dopo aver riflettuto sulle informazioni ricevute, aver preso visione della nota informativa, ed aver risposto con precisione alle domande sopra elencate, Io sottoscritto/a _____ ACCETTO liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'indagine diagnostica proposta, compreso la somministrazione del mezzo di contrasto se necessario. Sono a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento. Data/...../..... . Firma del paziente/utente * _____ A CURA DEL MEDICO CURANTE/PRESCRITTORE: In base ai dati anamnestici forniti dal paziente ed ai dati clinici attualmente in mio possesso non si rilevano discrepanze rispetto a quanto dichiarato dal Sig. _____ Data/...../..... . Firma del medico curante/prescrittore _____ A CURA DEL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE: Per assunzione di responsabilità, avendo puntualmente verificato quanto sopra riportato autorizzo l'esecuzione dell'esame. Data/...../..... . Firma del medico radiologo responsabile _____ * Firma dell'esercente/i la potestà genitoriale in caso di minore * Firma del curatore o tutore o amministratore di sostegno in caso di incapacità

(*) SEZIONE RISERVATA A PAZIENTI CON ANAMNESI POSITIVA PER:

Reazione al m.d.c. paramagnetico

☐ entro 1 ora dalla somministrazione (reazioni di tipo immediato) v. schema A

☐ dopo 1 ora dalla somministrazione (reazioni di tipo ritardato) v. schema B

(se noto, nome del preparato che aveva indotto la precedente reazione.....)

☐ **Asma:** (si consiglia di associare **Salbutamolo 2 puff 15 minuti prima** dell'infusione)

☐ **Pregresse manifestazioni allergiche** che abbiano richiesto trattamento v. schema A

☐ **Mastocitosi**

schema A			schema B		
12 ore prima dell'esame	METILPREDNISONE 32 mg (Medrol 16 mg - 2 cp)	per os	12 ore prima dell'esame	METILPREDNISONE 32 mg (Medrol 16 mg - 2 cp)	per os
2 ore prima dell'esame	METILPREDNISONE 32 mg (Medrol 16 mg - 2 cp)		2 ore prima dell'esame	METILPREDNISONE 32 mg (Medrol 16 mg - 2 cp)	
			6 ore dopo l'esame	METILPREDNISONE 16 mg (Medrol 16 mg - 1 cp)	
N.B. Qualora non sia possibile l'assunzione per via orale, si può somministrare per via e.v. Idrocortisone (SoluCortef) 200 mg in sostituzione del Metilprednisolone					

ATTENZIONE AD IPERTESI E DIABETICI!

LE PREMEDICAZIONI DI CUI SOPRA, SONO SEMPRE INTESE, SALVO DIVERSO PARERE DEL MEDICO CURANTE

L'utilizzo di mezzo di contrasto RENDE NECESSARIO IL DIGIUNO DA ALMENO 6 ORE, ad esclusione dei farmaci abitualmente assunti, che possono essere ingeriti con qualche sorso d'acqua.

E' inoltre utile consigliare al paziente un'abbondante idratazione prima e dopo l'esame, per accelerare l'eliminazione del m.d.c. per via renale, soprattutto nei casi di insufficienza renale.