



Regione del Veneto

AZIENDA U.L.S.S. N. 6 EUGANEA

www.aulss6.veneto.it – P.E.C.: protocollo.aulss6@pecveneto.it

Via Enrico degli Scrovegni n. 14 – 35131 PADOVA

Cod. Fisc. / P. IVA 00349050286

U.O. RADIOLOGIA P.O. CAMPOSAMPIERO DIRETTORE dott. E. BISSOLI

SCHEDA INFORMATIVA E DI CONSENSO ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA (RM)

Sig.

INFORMAZIONI PER L'UTENTE CHE EFFETTUA UN ESAME RM

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

L'indagine di Risonanza utilizza un campo magnetico intenso e onde di radiofrequenza. L'elevata intensità del campo magnetico esercita, come una potente calamita, una forte attrazione sui 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.

È prudente escludere dalla RM le gestanti, in particolare nel primo trimestre di gravidanza; anche se non sono stati provati danni all'embrione a seguito dell'esposizione ai campi magnetici e alle radiofrequenze utilizzate per le indagini RM.

L'indagine di RM 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, danneggiare la qualità dell'esame. In caso di necessità e in qualsiasi momento, Lei potrà comunicare con il personale sanitario presente in sala comando: un microfono collocato all'interno dell'abitacolo della RM è costantemente attivo.

In qualsiasi momento l'esame può essere sospeso senza conseguenze dannose.

Durante l'esame, la macchina provocherà un rumore ritmico, talvolta fastidioso, causato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura.

Le raccomandiamo di:

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

IO SOTTOSCRITTO/A prendo atto che:

- Per lo studio di alcuni organi potrà essere necessario l'uso di sostanze paramagnetiche, il cosiddetto mezzo di contrasto, che mi sarà iniettato per via endovenosa. La somministrazione di mezzo di contrasto è parte integrante dell'esame e, in alcuni tipi di RM, è indispensabile per la correttezza della diagnosi.
- Il mezzo di contrasto della RM è il GADOLINIO (al 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).
- Se l'esame di RM è stato previsto con l'infusione del mezzo di contrasto, al momento dell'esecuzione della RM, dovrò presentarsi con l'esame di laboratorio CREATINEMIA che permette di escludere la presenza di problemi renali (rischio di fibrosi sistemica nefrogenica).
- Il mezzo di contrasto non deve essere somministrato alle donne in stato di gravidanza e, se l'esame RM sarà comunque ritenuto necessario, dovrò subito comunicare al Medico addetto all'esame RM l'eventuale mio stato di gravidanza. Dovrò anche comunicare l'eventuale mia fase di allattamento.
- la somministrazione del mezzo di contrasto può comportare lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, eruzioni cutanee, prurito, cefalea e vomito) che si risolvono spontaneamente o con terapia. In casi rarissimi e con un'incidenza non prevedibile e quantificabile ma molto bassa, può comportare reazioni gravi come lo shock anafilattico. Perciò sarà mia cura comunicare al Medico Responsabile dell'esame ogni tipo di mia allergia a farmaci o alimenti.
- Un Medico esperto nelle metodologie di diagnostica mediante Risonanza Magnetica è sempre presente durante l'esecuzione dell'esame RM con mezzo di contrasto ed un Medico rianimatore è sempre immediatamente reperibile all'interno della struttura per garantire un pronto intervento in caso di emergenza.

Dichiaro di essere stato adeguatamente informato sull'indicazione clinica, le modalità di esecuzione, le possibili reazioni avverse e i fattori di rischio dell'esame RM a cui sarò sottoposto/a.

Accosento all'esecuzione dell'esame RM SI NO

Informato/a dei rischi connessi all'esame RM con mezzo di contrasto, ne accosento l'uso: SI NO

informato/a dei rischi connessi alla RM in anestesia o sedazione profonda (pazienti claustrofobici o impossibilitati a mantenere l'immobilità in esame RM indispensabile), accosento a sottopormi all'indagine RM eseguita in narcosi: SI NO

Data..... FIRMA del Paziente
.....

L'esame RM, secondo le conoscenze attuali, è innocuo per l'organismo umano; tuttavia:

- in alcuni casi può provocare gravi effetti indesiderati e **NON** può essere eseguito (gruppo "A")
- in altri casi può essere eseguito solo dopo valutazione medica e specifiche certificazioni (gruppo "B")

Allo scopo di garantire la più totale sicurezza è necessario compilare il questionario seguente.

GRUPPO "A" (RM NON ESEGUIBILE)

È portatore di: pace maker o defibrillatore interno SI NO
protesi cocleari (orecchio interno) SI NO
neurostimolatori o stimolanti di crescita ossea SI NO
protesi oculari magnetiche SI NO

GRUPPO "B" (NECESSARIE VALUTAZIONE MEDICA e specifiche certificazioni)

È portatore di:
clips vascolari cerebrali (aneurisma)* SI NO cateteri di derivazione spinale o ventricolare* ...SI NO
protesi o viti ortopediche SI NO cateteri di Swan-Ganz..... SI NO
protesi al cristallinoSI NO filtri vascolari, stent SI NO
protesi otologiche (orecchio medio)*SI NO spirale intrauterina (IUD) e diaframma*SI NO
espansori mammariSI NO tatuaggi estesi SI NO
protesi valvolari cardiache* SI NO pompe infusione farmaci RM compatibili* SI NO
protesi peniene* SI NO È in gravidanza o presume di esserlo SI NO
impianti oculari (molle palpebrali, punti relinici)* SI NO Soffre di anemia falciforme, asma o allergie.. SI NO
punti metallici da pregresso intervento SI NO Soffre di claustrofobia..... SI NO
schegge metalliche, proiettili SI NO Soffre di insufficienza renale..... SI NO
frammenti metallici intraoculari SI NO

*se "SI" porti con se la documentazione di compatibilità magnetica da parte della Struttura che ha effettuato intervento.

A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE

(parere sempre opportuno, ma indispensabile nel caso di pazienti non perfettamente in grado di intendere e di volere)

In base ai dati anamnestici forniti dal paziente ed ai dati clinici attualmente in mio possesso non rilevo discrepanze rispetto a quanto dichiarato dal Sig.

Data..... FIRMA
.....

A CURA DEL Medico Radiologo responsabile dell'esecuzione dell'esame

Verificato quanto sopra si conferma l'esecuzione dell'esame RM

Data..... FIRMA
.....