

Struttura Complessa di Radiologia	Mod.4
SCHEDA INFORMATIVA E DI CONSENSO ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA (RM)	Revisionato e approvato in data 11/01/2017
<i>Da compilare a cura del Paziente e del Medico prescrittore</i>	

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 radiofrequenza 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 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, orologi, chiavi, orecchini, catenine, ecc.), i tesserini magnetici, le carte di credito, i cellulari;
- 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 **mezzo di contrasto (MDC)**, che mi sarà iniettato per via endovenosa. La somministrazione di mezzo di contrasto è parte integrante dell'esame e, in alcune tipologie di indagini RM, è indispensabile per la corretta 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 (MDC), al momento dell'esecuzione della RM, dovrò presentarmi con l'esame di laboratorio CREATINEMIA che permette di escludere la presenza di problemi renali (rischio di fibrosi sistemica nefrogenica). In questo caso è necessario il DIGIUNO (da 6 ore).**
- Il MDC 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 stato di gravidanza. Dovrò anche comunicare l'eventuale allattamento.
- La somministrazione del MDC 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 allergia a farmaci o alimenti (**in caso di diatesi allergica seguire la terapia desensibilizzante descritta nel modulo del mezzo di contrasto iodato**).
- Un Medico esperto nelle metodologie di diagnostica mediante Risonanza Magnetica è sempre presente durante l'esecuzione dell'esame RM con MDC ed un Medico rianimatore è sempre immediatamente reperibile all'interno della struttura per garantire un pronto intervento in caso di emergenza.

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 attenzioni (gruppo "B")

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

GRUPPO "A" (RM NON ESEGUIBILE)

E' 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 cristallino	SI	NO	filtri vascolari, stent	SI	NO
protesi otologiche (orecchio medio) *	SI	NO	spirale intrauterina (IUD) e diaframma *	SI	NO
espansori mammari	SI	NO	tatuaggi estesi	SI	NO
protesi valvolari cardiache *	SI	NO	pompe infusione farmaci non RM compatibili	SI	NO
protesi peniene *	SI	NO			
impianti oculari (molle palpebrali, punti retinici) *	SI	NO	È in gravidanza o presume di esserlo	SI	NO
punti metallici da pregresso intervento	SI	NO	Soffre di anemia falciforme, asma o allergie..	SI	NO
schegge metalliche, proiettili	SI	NO	Soffre di claustrofobia.....	SI	NO
frammenti metallici intraoculari	SI	NO	Soffre di insufficienza renale.....	SI	NO

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

A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE

(parere opportuno ed 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.

CREATININEMIA (valore non antecedente ai 30 gg)

Data..... FIRMA

Firma e timbro del Medico prescrittore

CONSENSO

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere stato/a adeguatamente informato/a:

- sulle finalità, modalità di espletamento e rischi inerenti l'esame diagnostico di Risonanza Magnetica a cui deve essere sottoposto, necessario all'accertamento della propria condizione clinica;
- sulla possibilità che l'uso del MDC possa causare eventi avversi non prevedibili;
- sui rischi connessi alla RM in anestesia o sedazione profonda (pazienti claustrofobici o impossibilitati a mantenere l'immobilità in esame RM indispensabile)

Accetta pertanto di sottoporsi all'esame proposto: _____
(specificare)

La paziente (se è in età fertile) **dichiara di NON essere in stato di gravidanza.**

CONSENSO PRESSO LA RADIOLOGIA DI CITTADELLA IN DATA _____

FIRMA DEL PAZIENTE (o di chi ne ha la tutela)

FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO