

Didas Servizi di Diagnostica Integrata

UOC _____

MODULO RISONANZA MAGNETICA

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE/UTENTE

Codice identificativo paziente (se disponibile)	Cognome _____ Nome _____
	Data di nascita _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Peso _____
	Unità Operativa di 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.

La risonanza magnetica non prevede l'uso di sostanze radioattive né di radiazioni ionizzanti come quelle dei raggi X, di conseguenza, allo stato attuale delle conoscenze **non c'è ragione di credere che la risonanza magnetica possa provocare danni**, nemmeno a distanza di tempo. Anche se non è stata comprovata la sensibilità dell'embrione ai campi magnetici e alle radiofrequenze utilizzate per tali indagini, ad eccezione di condizioni cliniche particolari del feto o della madre, si preferisce escludere dalla Risonanza Magnetica le gestanti, in particolare nel primo trimestre di gravidanza.

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 deteriorare 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 acustica.

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) – da somministrare per via endovenosa. Il suo utilizzo è routinario e sicuro tuttavia sono possibili rari disturbi collaterali. Le linee guida suggeriscono che deve essere evitato **in caso di grave insufficienza renale**. A riguardo La informiamo che le caratteristiche di tali farmaci permettono comunque tranquillità di impiego, pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione medica iniettabile.

Attraverso i microfoni interni, in caso di necessità e in qualsiasi momento, Lei potrà comunicare con gli operatori sanitari presenti in sala. In qualsiasi momento l'esame può essere sospeso senza conseguenze dannose.

Prima di sottoporsi all'esame è necessario:

il digiuno non è indispensabile; è preferibile, salvo diversa indicazione (es. esami del tratto gastro-intestinale), essere a digiuno da almeno 2 ore se l'esame deve essere effettuato con mezzo di contrasto;

asportare dal volto eventuali cosmetici e trucchi;

lasciare in custodia ad un accompagnatore o nello spogliatoio (avvisare il personale presente di quanto si lascia in spogliatoio) tutti gli oggetti metallici (fermagli per capelli, forcine, mollette, occhiali, fibbie, orologio, chiavi, orecchini, catenine, piercing, ecc.), i tesserini magnetici e 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;

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

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.			
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.			
QUESTIONARIO			
Il paziente soffre di Claustrofobia	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Il paziente è portatore di:			
Pacemaker cardiaco	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Defibrillatori impiantati	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Valvole cardiache o altri tipi di protesi cardiovascolari comprese trans apicali e percutanee (Tavi)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se SI indicare il tipo, l'anno di impianto _____ e compatibilità con risonanza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Filtri vascolari – Stent	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se SI indicare la data di impianto/...../.....
Protesi all'orecchio	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se SI indicare il tipo, l'anno di impianto _____ e compatibilità con risonanza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Impianti oculari (molle palpebrali, punti retinici)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Protesi oculari	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> cristallino <input type="checkbox"/> oculari magnetiche
Clips vascolari ferromagnetiche intracraniche	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Clips	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> endocraniche <input type="checkbox"/> endovascolari <input type="checkbox"/> endorbitarie <input type="checkbox"/> aneurismi aorta <input type="checkbox"/> cervello
Protesi o viti ortopediche	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Neurostimolatori o stimolatori di crescita ossea	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Pompe impiantabili per infusione di farmaci non RM compatibili	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Cateteri di derivazione spinale o ventricolare	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se SI indicare il tipo e l'anno di impianto _____ e compatibilità con risonanza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Espansori mammari	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Protesi peniene	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Tatuaggi estesi o trucco permanente	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se SI indicare zona del corpo _____
Body piercing	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se SI indicare zona del corpo _____
È stato sottoposto a interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se SI indicare data, tipo, sede, di ogni intervento subito: <input type="checkbox"/> Testa <input type="checkbox"/> Estremità <input type="checkbox"/> Torace <input type="checkbox"/> Addome <input type="checkbox"/> Collo <input type="checkbox"/> Altro _____
Potrebbe essere portatore di schegge o frammenti metallici nel suo corpo	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se SI precisare _____
PER LE DONNE IN ETA' FERTILE			
Spirale intrauterina (IUD) e diaframma contraccettivo	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Si ricorda di contattare il medico ginecologo dopo l'effettuazione dell'esame
Gravidanza presunta o in atto	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Data dell'ultima mestruazione/...../.....

**PARTE 3: QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ESECUZIONE DI RISONANZA
MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO**

(Da compilare solo se l'esame deve essere effettuato con di mezzo di contrasto)

A CURA DEL MEDICO CURANTE/PRESCRITTORE

Valutazione funzionalità renale

Età > 65 anni	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Ipertensione	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Diabete	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Insufficienza epatica grave	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Precedenti patologie renali (comprese chirurgia, dialisi, trapianto)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si
Attualmente ricoverato	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si

Se ad una delle 6 domande precedenti la risposta è stata SI, è consigliabile produrre un esame recente (30 gg) della creatininemia.

Creatininemia _____ (mg/dl) e VFG _____ eseguito il/...../.....
Allegare esami di laboratorio e referti diagnostici che definiscono il grado delle condizioni patologiche

Eventuali malattie accertate/possibili fattori di rischio

Insufficienza epatica grave	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Precedenti somministrazioni di MDC	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> Gadolinio <input type="checkbox"/> Iodato <input type="checkbox"/> Altro _____ In caso di esami RM ripetuti, specificare se è stata eseguita somministrazione di MDC nei 7 gg precedenti. Data/...../.....
Precedenti reazioni al MDC	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se si, specificare _____
Eventuali trattamenti farmacologici in atto (esclusa premedicazione)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se si, specificare _____
Precedenti reazioni a farmaci:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se si, a quali farmaci _____
Altre forme allergiche (es. Asma)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se si, specificare _____
Fibrosi polmonare dovuta a infezioni	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se si, specificare _____

Per le donne in età fertile

Gravidanza presunta o in atto	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Data ultima mestruazione/...../.....
Allattamento al seno	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Valutare la necessità di scartare il latte nelle 24 ore dopo la somministrazione del mezzo di contrasto.

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.

Data/...../..... Firma del medico curante/prescrittore _____

PARTE 4: MODIFICA IMPOSTAZIONI SUL PACEMAKER CARDIACO	
Impostazione del pacemaker cardiaco in modalità RMN compatibile:	Ripristino delle impostazioni del pacemaker cardiaco post RMN
Data e ora _____	Data e ora _____
Firma del personale esecutore _____	Firma del personale esecutore _____
Firma del medico _____	Firma del medico _____

PARTE 5: ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO	
<p>Dopo essere stato esaurientemente informato/a dal Dott./Dott.ssa _____ sui rischi concernenti l'effettuazione dell'esame di RM e dell'eventuale impiego di mezzo di contrasto per via endovenosa, aver preso visione della scheda informativa (parte 1 del presente foglio), ed aver risposto con precisione alle domande del questionario anamnestico</p> <p>Io sottoscritto/a _____</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ACCONSENTO all'indagine <input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO all'indagine </p> <p>Data/...../..... Firma del paziente/utente* _____</p>	
<p>Io sottoscritto/a _____</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ACCONSENTO <input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO </p> <p>all'<u>utilizzo dei dati sanitari</u> per scopi di ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico.</p> <p>Data/...../..... Firma del paziente/utente* _____</p>	

RISERVATO AL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME	
<p>Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ conferma che esistono le condizioni per l'esecuzione dell'indagine di Risonanza Magnetica.</p> <p>Data/...../..... Firma _____</p>	

* Firma dell' esercente/i la potestà genitoriale in caso di minore; in caso di assenza di uno dei genitori compilare anche il Modello di autocertificazione dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

* Firma del curatore o tutore o amministratore di sostegno in caso di incapacità; compilare anche il Modello di autocertificazione autocertificazione della qualità di legale rappresentante