

SCHEDA INFORMATIVA RISONANZA MAGNETICA (RM) CON MEZZO DI CONTRASTO
(per qualunque distretto corporeo sia richiesto l'esame)
da allegare alla richiesta

(da compilare a cura del Medico prescrittore, barrando ove necessario. Si prega cortesemente di rispondere a tutte le domande indicate)

INFORMAZIONI INDISPENSABILI

Il sottoscritto attesta che il signor /signora.....
non è portatore di pace-maker cardiaco né di impianto di defibrillatore cardioversore (ICD), elettrostimolatori, apparecchi acustici FISSI, pompe per infusione, corpi estranei ferromagnetici in sede nobile (intracranica, oculare/orbitaria, vascolare) e che **non è affetto** da grave insufficienza renale (filtrato glomerulare < 30 ml/minuto), né da insufficienza epatica grave.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE UTILI ALLA VALUTAZIONE DEL RADIOLOGO

(evidenziare l'opzione prescelta con un cerchio)

Il sottoscritto informa inoltre che:

sono/non sono presenti valvole cardiache, clips vascolari a livello dell'encefalo, mezzi di sintesi ossea (placche metalliche), artroprotesi della regione da esaminare;

sono/ non sono note allergie o precedenti sospette reazioni allergiche.....

il paziente presenta/non presenta insufficienza renale non grave **Sì** **No**
il paziente presenta/non presenta insufficienza epatica non grave **Sì** **No**

Data _____

Firma del medico _____

Il paziente deve presentarsi il giorno dell'esame con l'esito recente (massimo 30 giorni precedenti la data di esecuzione dell'esame) di CREATININEMIA

NOTA BENE

1. Si prega di togliere le lenti corneali a contatto e di rimuovere il trucco.
2. In caso di interventi chirurgici precedenti, portare la documentazione clinica (esami di laboratorio, radiografie, ecc...) al momento dell'esecuzione dell'esame.

A cura del paziente

La sottoscritta dichiara:

gravidanza certa o sospetta **Sì** **No**
di essere portatrice di IUD* **Sì** **No**

*(si consiglia visita ginecologica dopo l'esame per controllarne la posizione e/o eventuale sostituzione)

Data _____

Firma del paziente _____

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

MODULO PER L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

PER RISONANZA MAGNETICA (RM) e M.D.C PARAMAGNETICO

Sono il dr. _____ e desidero darLe alcune informazioni inerenti l'indagine/intervento che Le proponiamo.

La **Risonanza Magnetica** utilizza le energie di campi magnetici e di onde di radiofrequenza. Il campo magnetico è sempre in funzione e si comporta come una potente e permanente calamita. L'esposizione al campo magnetico comunemente usato per scopi diagnostici non sembra causare effetti indesiderati.

Per eseguire l'esame, la cui durata non è inferiore ai 20 min, il corpo deve essere introdotto completamente all'interno del tunnel del magnete; esso, pur essendo aperto alle estremità, impedisce la vista della sala e ciò può determinare, a volte, una spiacevole sensazione di claustrofobia.

I medici e i tecnici addetti seguono in modo continuo lo svolgimento dell'indagine e controllano visivamente la sala del magnete. E' sempre possibile la comunicazione tra tecnico e paziente mediante un sistema microfono-altoparlante.

E' di fondamentale importanza l'immobilità.

Il **mezzo di contrasto** utilizzato per la risonanza magnetica non contiene iodio e viene definito paramagnetico per la sua proprietà di interagire con il campo magnetico.

L'uso del mezzo di contrasto paramagnetico può causare, anche se raramente, fenomeni di intolleranza non prevedibili e solitamente lievi, quali: alterazione del gusto, nausea e vomito, cefalea, orticaria, dolore nel sito di iniezione.

Sono eccezionali le manifestazioni allergiche gravi con disturbi cardio-circolatori e respiratori.

Non sono note interazioni tra tale sostanza e altri farmaci.

Costituiscono controindicazioni al suo impiego:

- la gravidanza, per il principio di precauzione;
- l'insufficienza renale grave.

Sono stati recentemente descritti rari casi di Fibrosi Sistemica Nefrogenica (che conduce ad indurimento della pelle e degli organi interni) associata ad alcuni mezzi di contrasto paramagnetici (non in utilizzo in questo ospedale) in pazienti con grave insufficienza renale, se in attesa di trapianto di fegato o trapiantati di fegato.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER RISONANZA MAGNETICA

Si prega di compilare tale scheda al fine di escludere condizioni di controindicazione all'esecuzione dell'esame diagnostico con risonanza magnetica.

Cognome e nome _____

data di nascita ___/___/_____ peso: Kg _____

Il paziente soffre di claustrofobia?	Sì	No
Il paziente ha problemi respiratori o di movimento?	Sì	No
Il paziente soffre di insufficienza renale grave?	Sì	No
Il paziente è in attesa o ha effettuato trapianto di fegato ?	Sì	No

Il peso non deve essere superiore a 110 kg.

Il paziente è tenuto a portare documentazione relativa a parti metalliche intracorporee con dichiarazione scritta di compatibilità al campo magnetico.

- **Si prega di indicare la presenza delle seguenti controindicazioni assolute:**

SÌ	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	clip metallica su aneurisma (data di intervento_____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pace-maker cardiaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stent, filtri vascolari, spirali metalliche (data di intervento_____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	impianto di defibrillatore cardioversore (ICD)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	impianto elettronico o altro impianto attivato magneticamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	elettrodi endocorporei o fili metallici
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	impianti cocleari, otologici o altri impianti nell'orecchio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	shunt metallico (spinale o intraventricolare)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	neurostimolatori, stimolatori midollari, stimolatori di crescita ossea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pompa insulinica o altre pompe da infusione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	impianto di dispositivi per infusione di farmaci
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	protesi di cristallino (interventi eseguiti prima del 1985)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	corpi estranei ferromagnetici intracranica, oculare/orbitaria, vascolare.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	protesi peniena, protesi mammaria dotata di valvola magnetica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	catetere di Swan-Ganz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gravidanza certa o sospetta (età gestazionale_____)

• **Si prega di indicare la presenza delle seguenti controindicazioni relative:**

- | SI | NO | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | protesi valvolare cardiaca (data di intervento _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | clip metallica non vascolare |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | corpi estranei ferromagnetici in sede non nobile |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | punti, graffe o altre suture metalliche |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | rete metallica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | placche, viti, chiodi o altri mezzi di sintesi osteoarticolare |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | arto artificiale |

• **Si prega di indicare la presenza delle seguenti condizioni, potenzialmente limitanti:**

- | SI | NO | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | protesi dentarie fisse |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | apparecchio acustico (rimuovere prima di entrare nella sala magnete) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | cerotto medicato |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | tatuaggi, make up permanenti, piercing |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | protesi articolari ortopediche (data di intervento _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | cateteri o porte di accesso vascolari anche non metallici |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | materiali sostitutivi di tessuti asportati (silicone) |

Per effettuare l'esame:

- rimuovere lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, protesi temporanee e mobili, cinti sanitari, dispositivi intravaginali ad anello, cerotti transdermici, fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi;
- è necessario asportare i cosmetici dal viso;
- è necessario spogliare gli indumenti personali e indossare apposito camice monouso che verrà consegnato dal personale sanitario al momento dell'esame.

firma del paziente

firma del medico richiedente

Sono il/la Sig./ra _____

Informato in modo esaustivo sui benefici, i rischi, le possibili alternative e le conseguenze della non effettuazione dell'indagine/intervento proposto, ho compreso quanto mi è stato spiegato e ho avuto risposte chiare alle mie domande.

- ACCONSENTO ad essere sottoposto all'esame RM richiesto e alla somministrazione di mezzo di contrasto (MdC), se necessaria
- NON ACCONSENTO ad essere sottoposto all'esame RM richiesto.
- NON ACCONSENTO alla somministrazione del MdC.

Firma del paziente _____ Bergamo, ____/____/____

Siamo il Sig. _____

e la Sig.ra _____

genitori di _____

- ACCONSENTIAMO a sottoporre nostro figlio/a all'esame RM richiesto e alla somministrazione di mezzo di contrasto (MdC), se necessaria
- NON ACCONSENTIAMO a sottoporre nostro figlio/a all'esame RM richiesto
- NON ACCONSENTIAMO a sottoporre nostro figlio/a alla somministrazione del MdC.

Firma (madre) _____ Bergamo, ____/____/____

Firma (padre) _____ Bergamo, ____/____/____

Firma e timbro del medico responsabile dell'esame RM _____

Bergamo, ____/____/____

CONSENSO RM GINOCCHIO

Nome in stampatello del medico richiedente.....

Firma del medico richiedente

QUESTIONARIO PER PAZIENTI CHE ESEGUONO RM DEL GINOCCHIO

HA SUBITO TRAUMI? si no

se si: quando?

durante un'attivit  sportiva? si no

se si: quale?

E' STATO OPERATO? si no

se si: quando?

al MENISCO si no

() Interno () Esterno

al LEGAMENTO CROCIATO si no

() Anteriore () Posteriore

ALTRO

DISTURBI ATTUALI: si no

dolore? () ()

dolore a scendere le scale? () ()

cedimento? () ()

blocco articolare? () ()

gonfiore? () ()

entro 24 ore dal trauma () ()

dopo 24 ore dal trauma () ()