



Regione
Lombardia

ASL Varese

ESAMI

di RISONANZA MAGNETICA

NOTA INFORMATIVA
QUESTIONARIO ANAMNESTICO,
CONSENSO INFORMATO
PREPARAZIONE PAZIENTE ALLERGICO

Ospedale
di Circolo



Fondazione
Macchi

Scheda QUESTIONARIO ANAMNESTICO

La presente scheda è parte integrante della documentazione clinica del Paziente e deve essere consegnata **debitamente compilata e firmata dal/la Paziente e dal Medico Prescrivente dell'esame.**

Nome e Cognome

etàanni peso (Kg) **N.B. I pazienti over-size devono essere inviati a RM con architettura adeguata**

Esame Proposto:

.....

Quesito Diagnostico (campo obbligatorio):

.....

.....

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE all'esecuzione dell' ESAME RM

L'indagine non può essere eseguita in presenza di una di queste situazioni

Paziente Portatore di **pace-maker cardiaco**;

Paziente Portatore di **schegge o frammenti metallici** in sede oculare, viscerale o intracranica;

Paziente Portatore di impianti a rete metallica, espansori tissutali (mammella)

Paziente Portatore di protesi metalliche, impianti cocleari e protesi stapediale, placche o viti, fili, chiodi, distrattori della colonna, clips vascolari ferromagnetiche, valvole cardiache meccaniche, catetere di Swan-Ganz, elettrodi endocorporei, neurostimolatori, filtri vascolari, stent e spirali metalliche **di cui non si conoscano le caratteristiche (Casa costruttrice, tipo e data di impianto) e/o la sicura compatibilità magnetica**

Paziente Portatore di **Tatuaggio** eseguito da **meno di 6 mesi**

SI

NO

NB. nel caso di situazioni dubbie è obbligatorio avviare il paziente alla raccolta informativa presso la struttura che ha impiantato il device e, successivamente, alla valutazione degli specialisti radiologi della struttura erogante le prestazioni.

data

Timbro e Firma del Medico Prescrivente

data

Firma del/la paziente o del genitore o tutore

CONTROINDICAZIONI RELATIVE all' esecuzione dell' ESAME RM

L'effettiva controindicazione all'effettuazione dell'indagine RM, anche in caso di sussistenza di una sola delle condizioni sotto elencate è valutata dal Medico Responsabile dell'Esecuzione dell'Esame

Claustrofobico?	SI	NO
In stato di Gravidanza? (Settimana.....)	SI	NO
N.B: la Risonanza magnetica è controindicata nel I trimestre)		
Ha febbre?	SI	NO
Portatore di protesi del cristallino applicata precedentemente all'anno 1985?	SI	NO
Portatore di schegge o frammenti metallici in sedi non vitali (ha lavorato come tornitore, saldatore, carrozziere? Ha mai subito incidenti stradali, di caccia o ferite di guerra?)	SI	NO
Ha subito interventi chirurgici su collo, addome, torace, arti? indicare quali:.....	SI	NO
Portatore di pompe di infusione di farmaci?	SI	NO
Portatore di dispositivi intrauterini ? Se sì utile valutazione ginecologica successiva all'esame	SI	NO
Portatore di protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
Portatore di shunt liquorale ventricolo-peritoneale?	SI	NO
Portatore di anemia falciforme?	SI	NO
Portatore di tatuaggio? Se costituito da materiale ferromagnetico può causare surriscaldamento e/o irritazione locale fino ad ustioni	SI	NO
Presenza di cosmetici con polveri ferromagnetiche (mascara, eyeliner,.....)?	SI	NO
Portatore di piercing? (può mobilizzarsi o causare ustioni)	SI	NO

Prescrizione per esami RM, solo se effettuati con mezzo di contrasto paramagnetico

La presenza di insufficienza renale grave o moderata può essere concausa di una grave patologia denominata **fibrosi nefrogenica sistemica, si richiede che tutti i pazienti effettuino, entro i 30 giorni che precedono l'esame di RM, il dosaggio ematico della creatininemia e portino il risultato il giorno dell'esame.**

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| i) Paziente con nota allergia al mdc | SI | NO |
| ii) Paziente allergici con precedenti episodi di distress respiratorio, manifestazioni orticarioidi generalizzate gravi, angioedema, broncocostrizione, shock anafilattico, perdita di coscienza) | SI | NO |

Nel caso di risposta affermativa è consigliata la preparazione Preventiva riportata in ultima pagina del presente modulo.

Il sottoscritto Medico Prescrivente preso atto delle dichiarazioni contenute nel modulo di consenso ritiene esistano le condizioni per l'esecuzione dell'esame RM

data	Firma del Medico Prescrivente
------	-------------------------------

Il Medico Responsabile dell'indagine RM conferma che esistono le condizioni per l'esecuzione dell'indagine RM:

data	Firma del Medico Responsabile dell'esame
------	--

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE E CONSENSO ALL'ESAME

L'esame con **Risonanza Magnetica** viene effettuato senza l'impiego di raggi X, utilizzando solo un forte campo magnetico ed onde a radiofrequenza.

La durata dell'indagine può essere molto diversa in rapporto al tipo di esame (20 minuti – 1 ora).

Il nostro personale è sempre presente a Sua disposizione per qualsiasi necessità.

SI PREGA DI PORTARE CON SE TUTTI GLI ESAMI RADIOLOGICI E STRUMENTALI PRECEDENTI ED EVENTUALI COPIE DI CARTELLE CLINICHE INERENTI AL QUESITO DIAGNOSTICO

Per effettuare l'esame **TOGLIERE** indumenti con parti metalliche, lenti a contatto, protesi auricolari e tutte le altre protesi mobili, mollette per capelli, cosmetici dal volto, lacca, piercing, occhiali, gioielli, orologi, ganci, monete e ogni altro tipo di oggetto metallico, carte di credito, schede magnetiche.

IN CASO DI IMPIEGO DI MEZZO di CONTRASTO

- Per l'esecuzione di alcune indagini di RM può essere necessaria l'iniezione endovenosa di **mezzo di contrasto paramagnetico**.
- Come con tutti i farmaci, si possono verificare effetti collaterali o reazioni allergiche.
- Solo raramente sono state segnalate evenienze più gravi e pericolose per la vita del Paziente.

La nostra Struttura Diagnostica dispone comunque di personale e di attrezzature idonee ad affrontare tali reazioni avverse.

CONSENSO del PAZIENTE e della donna in stato di gravidanza

Esaurientemente informato/a sui rischi concernenti l'effettuazione dell'esame di RM e dell'eventuale impiego di mezzo di contrasto per via endovenosa:

ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

NON ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

Parte di competenza delle signore pazienti in stato di gravidanza, preventivamente informata dal Medico Responsabile della RM sulla tipologia e sui possibili rischi dell'esame
Da compilare in caso gravidanza accertata o presunta all'atto dell'esecuzione dell'esame

ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

NON ACCONSENTO di sottopormi all'indagine

Firma del/la paziente o del genitore o tutore

Data

PREPARAZIONE del/la PAZIENTE CON PROBLEMATICHE ALLERGICHE

Si richiama la preparazione dei pazienti allergici, qualora si è risposto positivamente ad una delle seguenti condizioni:

i)	Soggetti con allergia nota al MdC
ii)	Soggetti allergici con precedenti episodi di distress respiratorio, manifestazioni orticarioidi generalizzate gravi, angioedema, broncocostrizione, shock anafilattico, perdita di coscienza

Si ritiene che la preparazione PREVENTIVA debba essere eseguita secondo il seguente schema:

PREPARAZIONE

- Prednisone 50 mg 14 e 2 ore prima della procedura
- Clorfenamina 8 mg 14 e 2 ore prima della procedura o, in sostituzione, Prometazina cloridrato 25 mg con opportuna posologia.
- Ranitidina 300 mg 14 e 2 ore prima della procedura

Idratazione per OS 500 ml prima della procedura ed almeno 2000 ml nelle 24 ore successive alla stessa

DI PERTINENZA della U.O. di Radiologia

Nel caso di PAZIENTI NON PREPARATI, se l'indagine è assolutamente indispensabile. A giudizio del medico esecutore, la stessa potrà essere eseguita subito dopo il seguente schema preparatorio.

- Metilprednisolone 40 mg
- Clorfenamina 10 mg o, in sostituzione, Prometazina cloridrato, fiala 50 mg/2ml
- + Sol. Fisiologica 250 ml in 15 minuti circa
- Ranitidina 50 mg