
MODULO DI ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Dati del paziente

Cognome Nome

Data e luogo di nascita Peso (Kg)

Residenza Recapito Tel.

Nota informativa relativa all'esame

RM La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM sfrutta l'impiego di intensi campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a RF. In alcuni tipi di indagine possono anche essere somministrate al paziente, per via endovenosa, alcune sostanze con proprietà paramagnetiche come mezzo di contrasto. Ad eccezione di tali casi, la RM si configura come un esame diagnostico non invasivo. Nel caso di esami su donne in stato di gravidanza accertata o presunta, particolare attenzione è rivolta alla giustificazione, in particolare in regime di urgenza, e all'ottimizzazione dell'esame RM, nei confronti e tenendo conto sia della paziente che del nascituro. Nel corso dell'esame RM è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse. L'evenienza più probabile è rappresentata da una crisi di claustrofobia a carattere passeggero.

Esecuzione dell'esame RM

I pazienti possono essere sottoposti all'esame RM solo previa esclusione di ogni possibile controindicazione all'esame RM, da accertarsi a cura del Medico Responsabile della prestazione diagnostica, previo utilizzo dell'apposito questionario anamnestico e del modulo di consenso informato. Per effettuare l'esame RM è necessario che il paziente, ove del caso supportato dal personale di servizio, tolga eventuale trucco per il viso e lacca per capelli e depositi nello spogliatoio ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico. Durante la fase di acquisizione dati dell'esame RM sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchiatura RM. Le condizioni di ventilazione, illuminazione e temperatura sono tali da assicurare il massimo benessere, e ridurre possibili effetti claustrofobici. Durante la fase di esame è necessario rimanere tranquilli e mantenere il massimo grado di immobilità per non compromettere il risultato diagnostico dell'immagine. La respirazione regolare e la deglutizione della saliva non disturbano l'esame. In alcuni tipi di indagine può essere richiesto al paziente di collaborare mediante atti respiratori e brevi periodi di apnea al fine di migliorare la qualità diagnostica delle immagini. Nella sala comando è sempre presente personale di servizio pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità. Il paziente è sempre in contatto vocale, acustico e visivo con gli operatori, che eseguono un controllo costante durante tutta la fase di esame. In caso di insorgenza di disturbi, come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento, è opportuno che il paziente avverta quanto prima il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM, utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione.

Questionario Preliminare

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi. Tale questionario deve essere attentamente compilato dal paziente e firmato dal Medico Responsabile della Prestazione Diagnostica, il quale, in relazione alle risposte fornite dal paziente, può concludere che non sussistano controindicazioni all'esame RM. La controfirma del paziente a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce – fra le altre - anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte falsi o mendaci ai quesiti sottopostigli.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ha eseguito in precedenza esami RM? _____ | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto? _____ | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| Soffre di claustrofobia? _____ | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? _____ | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? _____ | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| È stato vittima di traumi da esplosioni? _____ | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |
| È in stato di gravidanza certa o presunta? _____ | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> |

Ha subito interventi chirurgici su: testa collo addome estremità torace altro

Se si, specificare.....

È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? SI NO

È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? SI NO

È portatore di schegge o frammenti metallici? SI NO

È portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? SI NO

Valvole cardiache? SI NO

Stents? SI NO

Defibrillatori impiantati? SI NO

Distrattori della colonna vertebrale? SI NO

Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? SI NO

Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? SI NO

Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SI NO

Atri tipi di stimolatori? SI NO

Corpi intrauterini? SI NO

Derivazione spinale o ventricolare? SI NO

Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO

Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.? SI NO

Altre protesi? Localizzazione SI NO

Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? SI NO

Informazioni supplementari

È affetto da anemia falciforme? SI NO

È portatore di protesi del cristallino? SI NO

È portatore di piercing o tatuaggi? Localizzazione..... SI NO

Sta utilizzando cerotti medicali? SI NO

Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere: eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta erniaria - fermagli per capelli - mollette - occhiali - gioielli - orologi - carte di credito o altre schede magnetiche - coltelli tascabili - ferma soldi - monete - chiavi - ganci - automatici - bottoni metallici - spille - vestiti con lampo - calze di nylon - indumenti in acrilico - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici. Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

Il/La paziente ritiene di essere stato/a sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame SI NO

Il/La sottoscritto/a acconsente al trattamento anonimo dei dati personali a fini inerenti la ricerca clinica ai sensi delle norme di legge in materia di protezione dei dati personali (DDL 196/2003, 190/2008) e delle norme della buona pratica clinica (DL 211/2003) SI NO

Firma del paziente* **Data**

* In caso di paziente minorenne, è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM, preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari, autorizza l'esecuzione dell'indagine RM

Firma del Medico **Data**

ASL MEDIO CAMPIDANO

Sede Legale: Via Ungaretti n. 9, 09025, Sanluri
C.F.: 03990320925 P.IVA: 03990320925
sito internet : www.aslmediocampidano.it

U. O. RADIODIAGNOSTICA

Servizio di Risonanza Magnetica
Numero telefonico: 0709378387/8
Responsabile Dott. Gianfranco Putzu

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO
PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e perfettamente in grado di
intendere e di volere, dichiara di: essere stato/a esaurientemente informato/a circa l'indicazione
clinica, l'utilità, le modalità di esecuzione, tutte le possibili reazioni avverse e i fattori di rischio
degli accertamenti clinici e diagnostici mediante RM a cui sarà sottoposto.

Il/La sottoscritto/a in particolare prende atto che:

- La somministrazione del mezzo di contrasto per via endovenosa è parte integrante dell'esame RM e, in alcuni tipi di indagine, è indispensabile per una corretta diagnosi.
- L'impiego del Gadolinio nelle donne in gravidanza richiede la valutazione del rapporto rischio/beneficio, quindi l'eventuale stato di gravidanza deve essere preventivamente comunicato al Medico Responsabile dell'esame RM.
- In caso di effettuazione di indagine radiologica con la somministrazione di mezzo di contrasto per via endovenosa a donna in allattamento (a base di gadolinio macrociclici) l'allattamento al seno per il bambino di qualunque età gestazionale può essere continuato senza interruzioni; infatti, si è quantificato che solo lo 0,00004% della dose somministrata alla madre passa al latte materno.
- La somministrazione del mezzo di contrasto può comportare alcuni lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito) che si risolvono spontaneamente o con una leggera terapia endovenosa. L'impiego del mezzo di contrasto, in casi rarissimi e con un'incidenza non prevedibile e quantificabile ma comunque molto bassa, può comportare reazioni come shock anafilattico. E' necessario perciò comunicare al Medico Responsabile dell'esame ogni eventuale tipo di allergia prima dell'esame stesso.
- Per l'esecuzione di esami che richiedono la somministrazione di mezzo di contrasto, è **necessaria la compilazione del questionario** apposito da parte del medico curante o del medico richiedente l'esame, nonché la **presentazione della creatininemia** al personale medico del servizio di Risonanza Magnetica il giorno dell'esecuzione dell'esame di risonanza magnetica. Questo è richiesto perché i pazienti affetti da insufficienza renale moderata e severa ai quali venga somministrato per via endovena un mezzo di contrasto a base di Gadolinio in dosi elevate, sono esposti maggiormente, rispetto alla popolazione generale, al rischio di sviluppare una rarissima patologia nota con il nome di Fibrosi Sistemica Nefrogenica (FSN), caratterizzata da ispessimento della cute e dei tessuti connettivi, debilitante e potenzialmente fatale.
- E' noto che piccole quantità di gadolinio possono depositarsi in sede encefalica, ma non esiste alcuna evidenza che tale deposito causi alcun danno. Tuttavia per questo motivo, precauzionalmente, è stato sospeso l'uso di alcune molecole (cosiddette lineari), considerate più instabili, eccettuate situazioni particolari, cioè la valutazione di alcune lesioni epatiche.
- In base alle recenti raccomandazioni dell'EMA, l'uso dei mezzi di contrasto a base di Gd, è legato ad una scelta consapevole e condivisa tra il paziente, il clinico richiedente e il medico radiologo, nel rispetto del minor costo biologico e della migliore risposta diagnostica.

- Un medico esperto nelle metodologie di diagnostica mediante RM è sempre presente durante l'esecuzione dell'esame RM ed un Medico Rianimatore è sempre immediatamente reperibile all'interno della struttura per garantire un pronto intervento in caso di emergenza.

- Ogni eventuale chiarimento in merito all'esecuzione dell'esame RM può essere richiesto al personale medico e paramedico di servizio presso il sito RM.

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione.

Firma del paziente*

Data

.....

.....

*In caso di paziente minorenni è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.

Firma del Medico Responsabile dell'esame RM

Data

.....

.....

ASL MEDIO CAMPIDANO

Sede Legale: Via Ungaretti n. 9, 09025, Sanluri
C.F.: 03990320925 P.IVA: 03990320925
sito internet : www.aslmediocampidano.it

U. O. RADIODIAGNOSTICA

Servizio di Risonanza Magnetica

Numero telefonico: 0709378387/8

Responsabile Dott. Gianfranco Putzu