

## ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA

### NOTA INFORMATIVA E QUESTIONARIO

#### PER IL PAZIENTE E PER L'EVENTUALE ACCOMPAGNATORE

Si prega di rispondere a tutte le domande indicate e di firmare il modulo come consenso libero e informato all'esecuzione dell'esame.

Gentile paziente Sig./Sig.ra:

apporre l'etichetta con i dati del paziente

Il medico che la segue Le ha consigliato di sottoporsi ad esame di Risonanza Magnetica con perfusione del mezzo di contrasto al fine di comprendere meglio il Suo problema clinico e per trattarlo con la terapia più indicata.

Nel questionario, Le vengono poste domande sul suo stato di salute, in modo da garantire l'espletamento dell'esame di RM in condizioni di sicurezza.

Questa metodica di indagine non utilizza radiazioni ionizzanti (raggi X) bensì un campo magnetico e di radiofrequenze. Esso non è dannoso per l'organismo umano. E' però importante sapere che essa impiega un intenso campo magnetico che esercita (come una calamita) forze attrattive sui materiali ferro-magnetici che Lei può avere con sé o nel Suo corpo, quali, ad esempio, protesi chirurgiche, schegge metalliche, spirali intrauterine, pace-maker o simili. Ecco perché Le viene chiesto di informare dettagliatamente il personale in merito a tali oggetti.

Durante l'esame, avvertirà un rumore ritmico, dovuto al regolare funzionamento dell'apparecchiatura; per il resto, l'accertamento non è né doloroso né fastidioso.

E' importante che nel corso dell'esame (che può durare dai 25 ai 50 minuti a seconda del tipo di indagine), Lei resti quanto più possibile fermo, respirando regolarmente; potrà comunque comunicare in qualunque momento con l'operatore.

#### PER EFFETTUARE L'ESAME NELLA MASSIMA SICUREZZA, OCCORRE:

- **togliere tutti gli oggetti metallici** (fermagli per capelli, occhiali, gioielli, penne, orologi, carte di credito o comunque supporti magnetici, monete, abiti con cerniere lampo e/o bottoni e/o ganci metallici, cinture, ecc.);
- **togliere le protesi mobili** (apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, cintura sanitaria, lenti a contatto...);
- avere la pelle ben pulita ed asciutta, senza residui di creme o di trucco, soprattutto negli occhi;
- **indossare biancheria intima di "puro cotone"**;
- **portare tutta la documentazione precedente** (clinica, laboratoristica e radiologica) inerente all'esame.

**Attenzione:** l'esame può rovinare i tatuaggi eventualmente presenti sulla pelle. La Direzione non risponde degli eventuali danni riportati a tutto il materiale del quale è stata consigliata la rimozione.

Il personale è comunque disponibile ad integrare le notizie contenute nella presente scheda; si invita anzi ad avanzare eventuali dubbi prima di sottoporsi all'indagine.

**Durante questo esame RMN è prevista la perfusione del mezzo di contrasto paramagnetico attraverso la vena di un braccio.**

Il mezzo di contrasto è un liquido che permette una migliore visualizzazione degli organi sottoposti all'indagine.

I mezzi di contrasto attualmente utilizzati sono prodotti estremamente sicuri che occasionalmente però possono provocare reazioni indesiderate quali:

- **(REAZIONI COMUNI – 1 caso su 100 pazienti - DI LIEVE ENTITA')** Vampate di calore, starnuti, nausea, vomito, orticaria circoscritta. Questi sintomi in genere non richiedono alcuna terapia medica e si risolvono rapidamente.
- **(REAZIONI RARE – 1 caso su 10.000 pazienti - SEVERE)** Orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, irregolarità del battito cardiaco, convulsioni o perdita di conoscenza. Queste reazioni richiedono di solito una terapia medica.
- **(REAZIONI MOLTO RARE – da 1 caso su 100.000 a 1 caso su 1.000.000 di pazienti)** In casi estremamente rari e solo in pazienti affetti da insufficienza renale grave o sottoposti a dialisi è stata segnalata la fibrosi sistemica nefrogenica che interessa soprattutto gli arti con possibilità di inabilità permanente.
- **(REAZIONI ECCEZIONALI – 1 caso su 5.000.000 di pazienti – RISCHIO DI MORTE)** Assai raramente, come succede per molti farmaci, i mezzi di contrasto possono causare il decesso.

**N.B.:** E' interessante sapere, per avere una percezione più concreta dei valori di rischio, che la possibilità di morte a seguito di incidente stradale è di 1 caso su 10.000.

#### IL PAZIENTE HA IL DOVERE DI SEGNALARE FATTORI DI RISCHIO PER REAZIONI ANAFILATTOIDI

come precedenti reazioni al mezzo di contrasto, asma bronchiale, allergie importanti ed accertate.

**In questi casi è necessaria la profilassi farmacologica prima dell'esame.**

**LA PREGHIAMO DI RISPONDERE AI SEGUENTI QUESITI, CON LA MASSIMA CURA ED ATTENZIONE:**

• Ha subito interventi chirurgici su:	<input type="checkbox"/> testa <input type="checkbox"/> estremità	<input type="checkbox"/> addome <input type="checkbox"/> torace	<input type="checkbox"/> collo <input type="checkbox"/> altro
<b>E' portatore/portatrice di:</b>			
• Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Defibrillatori impiantati?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Derivazione spinale o ventricolare?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello, subdurali o altri tipi di stimolatori?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Catetere spinale o ventricolare (in pazienti affetti da idrocefalo)?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• E' a conoscenza di essere affetto da anemia falciforme?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.) come viti, chiodi, fili..		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Clips (punti metallici) su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Valvole cardiache? Stents? .....		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Distrattori (protesi) della colonna vertebrale?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Spirali intrauterine?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Protesi dentarie fisse o mobili?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Piercing?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Protesi del cristallino?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Lenti a contatto?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Cerotti transdermici?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Schegge o frammenti metallici (in particolare negli occhi) dovuti a incidenti stradali, di caccia o in seguito ad esplosioni o dovuti all'attività lavorativa?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Attualmente sta allattando?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Soffre di claustrofobia		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• Ha mai sofferto o soffre di crisi epilettiche		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
• E' in stato di gravidanza?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data ultime mestruazioni _____	
• E' già seguito dal reparto di Chirurgia Vertebro-Midollare di Udine o pensa di rivolgersi?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Ho risposto al questionario in maniera precisa e veritiera, ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

Sono a conoscenza della possibilità di revocare il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

lo paziente, (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Oppure

lo sottoscritto, (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

in qualità di:     Esercente la potestà genitoriale     Tutore     Amministratore di sostegno     Legale rappresentante**Recepito le informazioni ricevute  ACCONSENTO  NON ACCONSENTO  
all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato**

Tricesimo,

Il medico responsabile della prestazione: firma .....

Firma .....

 Dott. Degano Gian Paolo  
 Dott. Fiore Daniele  
 Dott.ssa Ulcigrai Veronica  
 Dott.ssa Budai Caterina Dott. Rositani Pasquale  
 Dott. Dalla Pasqua Francesco  
 Dott.ssa Cimino Elisa**REVOCA DEL CONSENSO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**REVOCA Il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato**

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente / genitore / tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante \_\_\_\_\_

Timbro e firma del radiologo responsabile \_\_\_\_\_

# !! IMPORTANTE !!

In maggio 2014 saniRad ha adottato il documento di Area Vasta Udinese per la preparazione dei pazienti agli esami con mezzo di contrasto. Il documento che di seguito riportiamo è stato sottoposto al parere dei rappresentanti regionali delle Società Scientifiche interessate e dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Udine.

**L'ASS.4 con delibera del Direttore Generale n. 160 del 18/5/14 ha adottato il documento (di seguito riportiamo il Modulo 1a, Modulo 1b e Modulo 2) con l'impegno di diffondere i contenuti presso i professionisti delle strutture pubbliche e private dell'Area Vasta Udinese sia in qualità di prescrittori che di erogatori delle prestazioni contrastografiche.**

Il paziente verrà contattato dalla struttura sanitaria alcuni giorni prima dell'esame per la verifica della documentazione.

**QUALORA IL PAZIENTE NON DISPONGA****DEL RACCORDO ANAMNESTICO REDATTO DAL MEDICO PRESCRITTORE E DEL REFERTO DELLA CREATININEMIA****L'INDAGINE VERRÀ ESEGUITA COMUNQUE MA  
SENZA LA PERFUSIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO.**

Modulo 1a

**SCHEDA CLINICO-ANAMNESTICA PER INDAGINE DIAGNOSTICA RADIOLOGICA CON  
 MEZZI DI CONTRASTO ORGANOIODATI E PARAMAGNETICI per via  
 parenterale/endocavitaria, ECOGRAFICI E BARITATI**

(ai sensi della Circolare Ministeriale del 17.09.1997)

Cognome e nome dell'assistito		Data di nascita
Provenienza	<input type="checkbox"/> Utente esterno	
	<input type="checkbox"/> Utente degente presso la SOC.....	
Indagine proposta (specificare il distretto corporeo)	<input type="checkbox"/> TAC .....	
	<input type="checkbox"/> RMN .....	
	<input type="checkbox"/> Angiografia .....	
	<input type="checkbox"/> Ecografia .....	
	<input type="checkbox"/> Urografia	
	<input type="checkbox"/> Altro (descrivere).....	
Indagine proposta da	.....	
Motivazione clinica /sospetto diagnostico	..... ..... .....	

**Valutazione clinico-anamnestica dell'assistito/a**

		Se si, procedere come indicato
Precedenti reazioni a farmaci che hanno richiesto trattamento medico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si. Quali farmaci? ..... ..... .....
Ultimo esame con MDC eseguito in data .....		
Precedenti reazioni moderate/severe ai MDC	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si Assumere <b>premedicazione</b> Prednisolone 30 mg (o metilprednisolone 32 mg), per via orale 12 e 2 ore prima dell'esame
Asma allergico o allergie pregresse o in atto che hanno richiesto trattamento farmacologico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si Assumere <b>premedicazione</b> Prednisolone 30 mg (o metilprednisolone 32 mg), per via orale 12 e 2 ore prima dell'esame
Nei pazienti con: - eGFR <60 ml/min/1.73m <sup>2</sup> già noto - età >70 anni - storia clinica di nefropatie, interventi chirurgici a carico dei reni, proteinuria, diabete mellito, ipertensione, gotta, recente assunzione di farmaci nefrotossici <b>valutare eGFR</b> (creatinina <3 mesi prima dell'esame con MDC)	Se <u>eGFR &lt;60 ml/min/1.73m<sup>2</sup> per somministrazione intra-arteriosa del MDC</u> e <u>eGFR &lt;45ml/min/1.73m<sup>2</sup> per somministrazione endovenosa del MDC:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutare la sospensione temporanea di farmaci nefrotossici</li> <li>• Prevedere l'idratazione parenterale prima e dopo l'esame</li> <li>• Eventualmente associare la somministrazione di Acetilcisteina 600 mg: 6 e 2 ore prima dell'esame, immediatamente dopo l'esame e 6 ore dopo (600 mg x 4 in totale)</li> <li>• Allegare il referto della creatininemia per il Radiologo</li> </ul>	

Nota per il prescrittore: Per le indicazioni relative all'identificazione dei pazienti a rischio per eventi avversi da somministrazione di mdc, fare riferimento al documento di Area Vasta "Valutazione e gestione del paziente che necessita di esami radiologici con mezzo di contrasto", scaricabile dai siti Internet delle Aziende dell'area Vasta Udinese

		<b>Se si, procedere come indicato</b>
Recente assunzione di farmaci nefrotossici	<input type="checkbox"/> Biguanidi (Metformina)	La sospensione del farmaco prima dell'esame con MDC è subordinata al valore del eGFR (se $<60\text{ml/min/1.73m}^2$ , sospendere 48 ore prima dell'esame con MDC). Riprendere l'assunzione 48 ore dopo l'esame contrastografico, se il valore del eGFR è invariato rispetto al valore precedente la procedura.
	<input type="checkbox"/> ACEinibitori	Valutare l'opportunità di sospendere temporaneamente la somministrazione di farmaci nefrotossici, in considerazione delle condizioni cliniche del paziente e del trattamento farmacologico in atto.
	<input type="checkbox"/> aminoglicosidi	
	<input type="checkbox"/> b-bloccanti	
	<input type="checkbox"/> ciclosporina	
	<input type="checkbox"/> cisplatino	
	<input type="checkbox"/> FANS	
	<input type="checkbox"/> Interleukina	
	<input type="checkbox"/> sartani	
Insufficienza cardiaca	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Ipertiroidismo clinicamente manifesto, malattia di Graves, gozzo multinodulare in pazienti anziani e carenza di iodio	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si Nei pz con ipertiroidismo clinicamente manifesto è controindicato il MDC iodato
Tumori produttori di catecolamine (feocromocitoma, paraganglioma)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Mieloma multiplo, paraproteinemia di Waldenstrom	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Gravidanza	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Allattamento	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si Prevedere eventuale sospensione dell'allattamento per 24 ore dopo l'esame in caso di impiego di MDC a base di gadolinio ad alto rischio (vedi documento di Area Vasta "Valutazione e gestione del paziente che necessita di esami radiologici con mezzo di contrasto")
<b>Note:</b>		

Modulo 1b

**Indicazioni per l'assistito/a che effettua l'esame radiologico con mezzo di contrasto**

<p><b>FARMACI DA ASSUMERE PRIMA DELL'ESAME</b></p> <p>Specificare farmaco, dose e orari di assunzione</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>FARMACI DA SOSPENDERE PRIMA DELL'ESAME</b></p> <p>Specificare farmaco e periodo di sospensione</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>ALTRE INDICAZIONI PER L'ASSISTITO/A</b></p>	<p><b>Prima dell'esame con mezzo di contrasto è sufficiente un periodo di digiuno di 6 ore, senza sospendere l'assunzione di acqua e delle terapie farmacologiche in atto, <u>se non espressamente indicato</u>.</b></p> <p><b>Presentarsi all'esame con la documentazione sanitaria precedente e questo modulo compilato.</b></p> <p>Altre indicazioni.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Data.....

Firma dell'assistito/a

Timbro e firma del Medico prescrittore

Modulo 2

**INFORMAZIONI PRELIMINARI**  
**ALL'ESECUZIONE DI RISONANZA MAGNETICA SENZA O CON MDC**  
 DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO PRESCRITTORE

Cognome e nome dell'assistito/a	Data di nascita
Stato di gravidanza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>L'assistito/a è portatore/portatrice di:</b>	
Pace-maker o altri tipi di stimolatori	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Valvole cardiache o stent	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Clips vascolari	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pompe di infusione di farmaci	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Impianti cocleari	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Elettrodi intra-cerebrali o sub-durali	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Derivazioni spinali o ventricolari	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Protesi metalliche ortopediche	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Corpi estranei metallici endocorporei (es. schegge, proiettili, ecc.)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dispositivi intrauterini	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Altro (specificare) .....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

In caso di risposta positiva, il medico prescrittore può contattare preventivamente la Struttura di Radiologia per valutare se si tratti di una controindicazione assoluta o relativa all'esecuzione della RM, in base alla descrizione tecnica del dispositivo riportata nella documentazione clinica.

<i>Azienda/struttura privata accreditata</i>	<i>Struttura</i>	<i>Recapito telefonico</i>
<b>Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Maria della Misericordia di Udine</b>	Diagnostica Angiografica e Radiologia Interventistica	Tel. 0432 552882
	Istituto di Radiologia Diagnostica	Tel. 0432 559621
	Neuroradiologia	Tel. 0432 552873
	Radiodiagnostica d'Urgenza ed Emergenza	Tel. 0432 552873/2881/4780
<b>A.S.S. 3 "Alto Friuli"</b>	Radiologia dell'Ospedale di Tolmezzo	Tel. 0433 488253
<b>A.S.S. 4 "Medio Friuli"</b>	Radiologia dell'Ospedale di San Daniele	Tel. 0432 949449
<b>A.S.S. 5 "Bassa Friulana"</b>	Radiologia dell'Ospedale di Palmanova	Tel. 0432 921236
	Radiologia dell'Ospedale di Latisana	Tel. 0431 529345
<b>Casa di Cura "Città di Udine"</b>	Servizio di diagnostica per immagini	Tel. 0432 239329
Istituto di Diagnostica Radiologica <b>IMAGO</b> – Via Stiria - Udine		Tel. 0432 526209
<b>Sanirad</b> , via J.F. Kennedy, 3 Tricesimo (UD)		Tel. 0432 854123 – 0432 851321
<b>Centro medico Università Castrense</b> Via Fratel Bigotto, 4 - San Giorgio di Nogaro (UD)		Tel. 0431 620990
<b>Radiologia Cervignanese</b> Via Demanio, 6 - Cervignano del Friuli (UD)		Tel 0431 373116

Data.....

Firma dell'assistito/a

Timbro e firma del Medico prescrittore