

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome (paziente) _____

Data di nascita _____ Peso (kg) _____ Sesso Maschile Femminile

Esame Richiesto _____

Quesito Clinico _____

EVENTUALI MALATTIE NOTE: barrare se presenti

Allergopatia trattata
 farmacologicamente

Asma

PRECEDENTI SOMMINISTRAZIONI DI MEZZO DI CONTRASTO: SI NO

PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE A MEZZI DI CONTRASTO: SI* NO

*se SI, seguire la premedicazione riportata a fine modulo

PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE A FARMACI: SI* NO

*se SI, specificare a quali farmaci _____ e seguire la premedicazione riportata a fine modulo

**Nel caso in cui l'indagine richiesta preveda l'utilizzo di mezzo di contrasto È NECESSARIO ESSERE A
DIGIUNO DA ALMENO 6 ORE, ad esclusione dell'acqua e dei farmaci abitualmente assunti.**

Paziente portatore di:	SI	NO	
Clips vascolari ferromagnetiche intracraniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE
Pacemaker cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dispositivi elettromeccanici non rimovibili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Impianti cocleari e protesi stapediali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Protesi del cristallino con anse e punti intraoculari ferromagnetici (rari)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Filtri, stent e spirali endovascolari ferromagnetici (solo entro le 6-8 settimane)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Catetere di Swan-Ganz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Corpi estranei ferromagnetici contigui a vasi, occhi, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONTROINDICAZIONI RELATIVE (valutazione a cura del Medico Radiologo)
Medicazioni trans dermiche che contengano metalli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Corpi estranei ferromagnetici in sedi non vitali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Clips o altri dispositivi metallici non ferromagnetici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Filtri, stent o spirali di qualsiasi tipo, dopo 6 settimane dall'impianto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Shunt ventricolo-peritoneali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Protesi ortopediche metalliche (artefatti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Protesi ortopediche d'anca bilaterale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Espansori mammari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IUD e diaframmi uterini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tatuaggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stato di gravidanza, allattamento (data ultime mestruazioni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interventi chirurgici (se SI specificare) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Data _____

Timbro e Firma per esteso del **Medico Curante** o Specialista

DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

La Risonanza Magnetica è una metodica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti e sostanze radioattive, ma campi magnetici ed onde elettromagnetiche a radiofrequenza. A causa dell'influenza ed interferenza che il campo magnetico esercita su alcuni elementi metallici, è necessario che il paziente che si sottopone all'indagine, lasci nello spogliatoio qualunque **oggetto metallico** (orologio, chiavi, monete, occhiali, forcine per capelli, spille, gioielli, stampelle, ecc), **tesserini magnetici e carte di credito**; tolga gli **indumenti** che abbiano sistemi di chiusura metallici (reggiseno, body) o che siano fatti con tessuti che possano contenere fibre metalliche (pancera, indumenti elastici) o che abbiano **etichette** che contengano fili metallici; rimuova le **protesi dentarie, le lenti a contatto** ed eventuali **piercing**. Il paziente in decubito supino sul tavolo dell'apparecchio, viene posizionato all'interno di un tunnel aperto alle due estremità. Durante l'esame l'apparecchiatura produce di norma un rumore ritmico più o meno intenso; esistono comunque strumenti di comunicazione con il personale che esegue l'esame: microfono e un dispositivo acustico di allarme a portata del paziente.

L'esame che Le è stato prescritto prevede la somministrazione di mezzo di contrasto per via intra-articolare (artrografia a Risonanza Magnetica). Per la diagnosi di alcune malattie articolari può essere necessaria la somministrazione di liquido di contrasto nell'articolazione.

La soluzione (gadolinio a bassissima concentrazione) verrà iniettata dopo opportuna asepsi. In casi rari possono riscontrarsi segni e sintomi di breve durata che non necessitano di alcun intervento medico (arrossamento, prurito o dolore in sede di iniezione).

Solamente in casi del tutto eccezionali può scatenarsi una forma di artrite.

Non sono conosciute reazioni di tipo anafilattico.

TEMPI: l'indagine varia da 20 a 40 minuti circa in rapporto al distretto da esaminare.

DOPO L'ESAME: il paziente potrà, qualora ritenuto necessario, essere tenuto in osservazione in sala d'attesa per circa 30 minuti dopo l'esecuzione dell'indagine, successivamente potrà riprendere le ordinarie attività.

EVENTI AVVERSI: alcuni studi richiedono l'uso di m.d.c. paramagnetico, che Le sarà iniettato per via endovenosa, al riguardo La informiamo che le caratteristiche di tali farmaci "permettono tranquillità di impiego, pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione iniettabile". Durante l'infusione in bolo del m.d.c. vi è la possibilità che, per cause anatomiche o fragilità della vena, si possa verificare la rottura del vaso con conseguente stravasamento del m.d.c.; in questo caso la tumefazione sarà trattata con pomate sintomatiche ed impacchi caldo-umidi eventualmente da proseguire a domicilio.

SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto Sig. _____ ho preso visione delle informazioni relative alla procedura radiologica proposta ed ho ricevuto in proposito risposte chiare ed esaurienti ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come in molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi o eventi avversi, che nel mio caso specifico mi sono stati adeguatamente illustrati. Mi è stato comunicato che sono state comunque predisposte tutte le idonee misure e precauzioni per prevenire e/o fronteggiare ogni eventuale complicanza.

Pertanto dichiaro di:

- Acconsentire** allo svolgimento dell'indagine: **con MdC** **senza MdC**
 Non acconsentire allo svolgimento dell'indagine

Data _____

Firma ✓ _____
del paziente o genitore o tutore legale o
amministratore di sostegno (nei casi previsti)

- Revocare** il consenso alla precitata procedura in data _____
consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Data _____

Firma del paziente o genitore o tutore legale o
amministratore di sostegno (nei casi previsti)

PARTE RISERVATA AL MEDICO RADIOLOGO
CONSULTO CON ANESTESISTA SI NOACCETTAZIONE DELL'ESAME SI NO _____

(Se NO specificare il motivo)

SOSTITUZIONE ESAME PROPOSTO CON _____

 Firma del Medico Radiologo

*** IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER PRECEDENTI REAZIONI DI TIPO ALLERGICO
 A MEZZI DI CONTRASTO O GRAVI REAZIONI ALLERGICHE A FARMACI
 SI RACCOMANDA LA SEGUENTE PREPARAZIONE DESENSIBILIZZANTE:**

1. 24 ore prima dell'esame:
 assumere 4 compresse di **PREDNISONE** da 25mg (1 compressa ogni 6 ore) oppure
 4 fiale di **METILPREDNISOLONE** da 20mg endovena (1 fiala ogni 6 ore)
2. 3 ore prima dell'esame:
 assumere 1 compressa di **DESLORATADINA** da 5 mg
3. 12 ore dopo l'esame:
 assumere 1 compressa di **PREDNISONE** da 25mg oppure
 1 fiala di **METILPREDNISOLONE** da 20mg endovena

**L'esame radiologico non verrà eseguito qualora il paziente con anamnesi positiva per
 reazioni allergiche non risultasse preparato secondo le prescrizioni sopra specificate.**

Data _____

 Timbro e Firma per esteso del Medico curante o Specialista