

## CONSENSO INFORMATO IN PREPARAZIONE ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

(Attenzione: in mancanza di una corretta compilazione l'esame non potrà essere effettuato)

### DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE

**PAZIENTE** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_ Sesso  Maschile  Femminile

**ESAME RICHIESTO** \_\_\_\_\_

**QUESITO CLINICO** \_\_\_\_\_

Note anamnestiche (pregressi interventi chirurgici) \_\_\_\_\_

**EVENTUALI MALATTIE NOTE (barrare se presente)**

Allergia a Mdc paramagnetico (se si specificare quale : \_\_\_\_\_) <sup>1</sup>

Mastocitosi, angioedema ricorrente, anafilassi idiopatica  **SI** <sup>2</sup>  **NO**

**NB:** in caso di asma bronchiale sintomatico e orticaria in atto si consiglia sospensione dell'esame sino a risoluzione completa del quadro.

Anemia falciforme  **SI**  **NO**

Nefropatia o Insufficienza Renale  **SI**  **NO** se SI, specificare i seguenti valori:

**Creatininemia** (mg/dl) \_\_\_\_\_ e/o **GFR** \_\_\_\_\_ Data esecuz. \_\_\_\_\_ (non anteriore 90gg)

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma per esteso del Medico curante o Specialista

### IL QUESTIONARIO VA COMPILATO DAL PAZIENTE CON IL MEDICO CURANTE

Paziente portatore di:	SI	NO	
• Clips vascolari ferromagnetiche intracraniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE</b>
• Pacemaker cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Dispositivi elettromeccanici non rimovibili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Impianti cocleari e protesi stapediale	<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"/>	
• Medicazioni trans dermiche che contengano metalli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>CONTROINDICAZIONI RELATIVE</b> (valutazione a cura del Medico Radiologo)
• 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 estesi	<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"/>	

## DA LEGGERE E COMPILARE DA PARTE DEL PAZIENTE

### DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

**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 dei farmaci abitualmente assunti che possono essere ingeriti con qualche sorso d'acqua.**

**MODALITÀ:** 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 (pancere, indumenti elastici) o che abbiano **etichette** che contengano fili metallici; rimuova le **protesi dentarie** ed eventuali **piercing**.

Il paziente 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; in caso di necessità si possono utilizzare degli strumenti di comunicazione con il personale che esegue l'esame: microfono e un dispositivo acustico di allarme sono sempre a disposizione del paziente.

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

**DOPO L'ESAME:** non sono previste controindicazioni alla ripresa delle ordinarie attività.

**EVENTI AVVERSI:** alcune indagini RM richiedono l'uso di mezzo di contrasto paramagnetico, che verrà iniettato per via endovenosa. La informiamo, al riguardo che tali farmaci "sono di tranquillo impiego, pur esistendo rischi generici di ipersensibilità, come per ogni altro farmaco".

### 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. Accetto e consento di essere sottoposto all'esame di Risonanza, eventualmente anche con la somministrazione di mezzo di contrasto paramagnetico (Gadolinio) per via endovenosa, essendo stato informato dei possibili rischi.

**pertanto dichiaro di**

- Acconsentire** allo svolgimento dell'indagine
- Non acconsentire** allo svolgimento dell'indagine

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma del Paziente o del Titolare del consenso

### DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO RADIOLOGO

CONSULTO CON ANESTESISTA  **SI**  **NO**

ACCETTAZIONE DELL'ESAME  **SI**  **NO** (Specificare \_\_\_\_\_)

SOSTITUZIONE ESAME PROPOSTO CON \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma del Medico Radiologo

**IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER PRECEDENTI REAZIONI DI TIPO ALLERGICO A MDC PARAMAGNETICO O PER LE PATOLOGIE ELENcate SI RACCOMANDA LA SEGUENTE PREPARAZIONE FARMACOLOGICA DESENSIBILIZZANTE**  
(si consiglia di venire accompagnati per l'effetto sedativo dei farmaci e conseguenti rischi correlati alla guida):

<sup>1</sup> Per os: **Prednisone 50 mg (Deltacortene Forte 2 cp 25 mg)** 13, 7 ed 1 ora prima esame + **Cetirizina 10 mg (Zirtec 10 mg)** 1 ora prima esame; oppure **E.V.: Metilprednisolone 40 mg (Urbason 40 mg)** 12 e 2 ore prima esame + **Clorfenamina 10 mg (Trimeton 10 mg)** e **Montelukast 10 mg (Singulair 10 mg - per os)** 1 ora prima esame.

<sup>2</sup> Per os: **Prednisone 50 mg (Deltacortene Forte 2 cp 25 mg)** 12 e 2 ore prima esame + **Cetirizina 10 mg (Zirtec 10 mg)** e **Montelukast 10 mg (Singulair 10 mg)** per os 1 ora prima esame; oppure **E.V.: Metilprednisolone 40 mg (Urbason 40 mg)**, **Clorfenamina 10 mg (Trimeton 10 mg)** e **Montelukast 10 mg (Singulair 10 mg - per os)** 1 ora prima esame.

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

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Timbro e Firma per esteso del Medico curante o Specialista