

NOME E COGNOME: _____

DATA E LUOGO DI NASCITA: _____ PESO _____ (KG)

ESAME RM: _____

MODULO INFORMATIVO ESAME RM:

CHE COS'È E A COSA SERVE: La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che viene utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico dell'encefalo e della colonna vertebrale, dell'addome, pelvi, dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico (articolazioni, osso, tessuti molli). Non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive. La Risonanza Magnetica di base si configura come un esame diagnostico non invasivo e in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza. Tuttavia è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.

COME SI EFFETTUA ED EVENTUALI COMPLICANZE: L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene sdraiato su un lettino e in relazione al tipo di organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, etc..) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare, queste non provocano dolore o fastidio essendo appoggiate all'esterno del corpo, ad eccezione delle bobine endorettali. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa. Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame. Si informa che l'esposizione a campi magnetici o a onde di radiofrequenza può provocare la perdita di efficacia anticoncezionale del I.U.D. (SPIRALE): se lei ne è portatrice, la sua firma vale come accettazione a sottoporsi all'esame RM.

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI: I pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono collaborare con il Medico (Responsabile della Prestazione Diagnostica) al fine di una corretta compilazione di un apposito "questionario anamnestico" (di seguito riportato) utile ad escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso. **Si raccomanda quanto segue:**

- Depositare nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, etc..).
- Togliere eventuali protesi dentarie, apparecchi per l'udito, lenti a contatto o occhiali.
- Spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio.
- Utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio.

Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente. Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

PER EFFETTUARE L'ESAME RM OCCORRE TOGLIERE: 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 - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici. Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME DI RISONANZA MAGNETICA: ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame che, per le sue valutazioni, si avvale anche delle risposte fornite dal paziente o dal tutore legale (ad esempio in caso di minore).

Ha eseguito in precedenza esami RM?	SI	NO
Soffre di claustrofobia?	SI	NO
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	SI	NO
È stato vittima di traumi da esplosioni?	SI	NO
È in stato di gravidanza certa o presunta?	SI	NO
Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto?	SI	NO
Ha subito interventi chirurgici su:	SI	NO
Testa _____ Occhi _____ Collo _____		
Torace _____ Addome _____		
Estremità _____ Altro _____		
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
È portatore di valvole cardiache?	SI	NO
È portatore di stents?	SI	NO
È portatore di defibrillatori impiantati?	SI	NO
È portatore di distrattori della colonna vertebrale?	SI	NO
È portatore di pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	SI	NO
È portatore di corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	SI	NO
È portatore di neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI	NO
È portatore di altri tipi di stimolatori?	SI	NO
È portatore di dispositivo intrauterino (IUD)?	SI	NO
È portatore di derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO
È portatore di protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
È portatore di protesi metalliche (per fratture, interventi articolari), viti, chiodi, filo, etc...?	SI	NO
È portatore di altre protesi? Sede:	SI	NO
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza?	SI	NO
È portatore di protesi del cristallino?	SI	NO
È portatore di piercing-tatuaggi? Sede:	SI	NO
Sta utilizzando cerotti medicali?	SI	NO

IL MEDICO RESPONSABILE 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 Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

Data

CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente in _____ via _____

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore _____

(2) in qualità di tutore del paziente _____

RITIENE DI ESSERE STATO SUFFICIENTEMENTE INFORMATO SUI RISCHI E SULLE CONTROINDICAZIONI LEGATE ALL'ESPOSIZIONE AI CAMPI ELETTROMAGNETICI GENERATI

Firma del paziente (*)

Data



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

SINTESI INFORMATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO IN RM

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. Le caratteristiche di tali farmaci permettono tranquillità di impiego, "pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione iniettabile" (Circolare del Ministero della Sanità 900.VI/11.AG./642 del 17.9.97). I pazienti con insufficienza renale lieve devono eseguire preliminarmente il dosaggio della **CREATININA** del sangue (ESUR 2012) e presentarlo al personale medico della sezione di RM per poterne valutare la funzionalità renale. Infatti i pazienti affetti da **insufficienza renale moderata e severa** ai quali venga somministrato per via endovenosa un mezzo di contrasto a base di Gadolinio sono esposti maggiormente al rischio di sviluppare una rara patologia nota con il nome di **Fibrosi Sistemica Nefrogenica (FSN)**. La FSN è una patologia rara caratterizzata da ispessimento della cute e dei tessuti connettivi, debilitante e potenzialmente fatale. **In base alle recenti evidenze in letteratura, l'uso del mezzo di contrasto a base di Gadolinio, in pazienti considerati ad alto rischio, nei dializzati e/o sottoposti a trapianto renale, è strettamente legato ad una scelta consapevole e condivisa tra il clinico richiedente e medico radiologo, nel rispetto del minor costo biologico e migliore risposta diagnostica.** La somministrazione del mezzo di contrasto può talora comportare alcuni lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito) che un'incidenza non prevedibile e quantificabile ma comunque molto bassa, può indurre anche reazioni allergiche gravi fino allo shock anafilattico. È necessario quindi **comunicare al Medico Responsabile dell'esame ogni eventuale tipo di allergia prima dell'esame stesso.** Il personale sanitario dell'Unità Operativa è sempre presente all'interno della struttura per garantire un pronto intervento in caso di emergenza. L'impiego del Gadolinio nelle donne in gravidanza richiede la valutazione del rapporto rischio/ beneficio.(Xagena2003) Fonte: UCSF (University of California San Francisco), **quindi l'eventuale stato di gravidanza deve essere preventivamente comunicato al Medico Responsabile dell'esame RM.** A tal proposito si informa che i mezzi di contrasto Gd-chelati, a basso dosaggio, non creano problemi. **È opportuno comunicare anche l'eventuale fase di allattamento del proprio figlio per concordarne le eventuali modalità e tempi di interruzione in relazione all'effettuazione dell'esame RM.** Ogni eventuale chiarimento in merito all'esecuzione dell'esame RM con mezzo di contrasto può essere richiesto al personale sanitario. **Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso, il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.**

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO

DICHIARANTE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente in _____ via _____

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore _____

(2) in qualità di tutore del paziente _____

Informato/a dal Prof./Dott. _____

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e **precisamente Risonanza Magnetica.**

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto, **Valutate** le informazioni ricevute ed

i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

ACCETTO L'INDAGINE PROPOSTA

RIFIUTO L'INDAGINE PROPOSTA

Medico radiologo

■ _____

Eventuale interprete

Data _____

Firma del paziente ► _____

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI

NO

Data _____

Firma del paziente ► _____

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

La preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data _____

Firma del paziente ► _____

CONSENSO ALLA PRESENZA DI ACCOMPAGNATORI IN SALA ESAMI

Consenso del **genitore/accompagnatore** ad assistere il paziente in sala esami durante l'esecuzione dell'indagine RM

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame valutato il rapporto rischio / beneficio relativamente alla necessità di evitare la sedazione o altre procedure di preparazione pre-esame del paziente da sottoporre ad esame RM, acconsente l'opportunità da parte dell'accompagnatore volontario di poter assistere il paziente durante l'esecuzione dell'esame all'interno della sala esami, al fine di tranquillizzare e mantenere fermo il paziente e di garantire pertanto la possibile esecuzione dell'indagine.

Firma Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

Data

■ _____

L'accompagnatore, espletati gli accertamenti anamnestici del caso richiesti dal medico responsabile dell'esame diagnostico, e preso atto dell'opportunità di poter assistere il paziente onde evitare inopportune o non possibili procedure di preparazione pre-esame sullo stesso, accetta di esporsi volontariamente ai rischi legati alla RM presenti durante l'esecuzione dell'esame (campi magnetici statici, variabili e radiofrequenze) a favore e beneficio del paziente assistito.

Firma del genitore / accompagnatore volontario

Data

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI SEDATIVI PER ANESTESIA

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione di sedativi per anestesia. Pertanto, reso edotto dal medico responsabile dell'esame diagnostico della valutazione dei rischi correlati / beneficio diagnostico, ne acconsente la somministrazione.

Firma del Paziente/Esercente patria potestà/Tutore

Data

► _____
