

# MODULO DI ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO

Cognome e Nome (paziente) \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

Peso (kg) \_\_\_\_\_

Sesso

M

F

Esame Richiesto \_\_\_\_\_

Quesito Clinico \_\_\_\_\_

PRECEDENTI SOMMINISTRAZIONI DI MEZZO DI CONTRASTO

SI  NO

PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE A MEZZI DI CONTRASTO

SI\*  NO

PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE A FARMACI

SI\*  NO

\*se SI, specificare a quali farmaci \_\_\_\_\_ e seguire la preparazione riportata a fine modulo

**Creatininemia** (mg/dl) \_\_\_\_\_ **GFR** (stimato con formula CKD-EPI) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
(non anteriore 90gg)

oppure Clearance della Creatinina \_\_\_\_\_

- a) **GFR > 45** si può eseguire l'esame
- b) **GFR tra 30 e 45** consultare medico radiologo della struttura sanitaria in cui si eseguirà l'esame
- c) **GFR < 30** l'esame verrà eseguito dopo consulenza nefrologica

PER LA DONNA: stato di gravidanza presunta o accertata

SI  NO

Data \_\_\_\_\_ Timbro e Firma per esteso del Medico Curante o Specialista \_\_\_\_\_

**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**

## Nota informativa relativa all'esame di 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.

L'esame RM, 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. Sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi statici di induzione magnetica e alle onde elettromagnetiche RF utilizzati per indagini diagnostiche mediante RM, è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza. 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.

L'impiego del mezzo di contrasto a base di sostanze paramagnetiche è generalmente ben tollerato e non provoca alcuna sensazione particolare. Raramente possono comunque verificarsi episodi di ipersensibilità come orticaria o altri fenomeni allergici. In casi rarissimi sono stati riportati episodi di shock anafilattico. Il sito RM garantisce sempre la presenza di personale medico specializzato pronto ad intervenire in caso di emergenze mediche di tale genere.

<b>Ha eseguito in precedenza esami RM?</b>			
Distretto anatomico .....	Data .....	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?</b>		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>È portatore di protesi del cristallino?</b>		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>È portatore di pace-maker cardiaco o altri cateteri cardiaci?</b>		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>È portatore di valvole cardiache?</b>		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>È portatore di stents?</b>		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>È portatore di defibrillatori impiantati?</b>		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>È portatore di corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?</b>		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>È portatore di neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?</b>		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>È portatore di altri tipi di stimolatori?</b>		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>È portatore di derivazione spinale o ventricolare?</b>		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>È portatore di clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?</b>		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>È portatore di pompa di infusione per insulina o altri farmaci?</b>		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>È portatore di protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari ecc.) viti, chiodi, filo ecc.?</b>		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
Altre protesi? Localizzazione .....		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>È portatore di protesi dentarie fisse o mobili?</b>		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?</b> Informazioni supplementari .....		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>Ha subito interventi chirurgici su:</b> Testa .....	Collo .....	Torace .....	
Addome .....	Altro .....		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
<b>Soffre di claustrofobia?</b>		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>È affetto da anemia falciforme?</b>		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>Ha mai avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto?</b>		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>È portatore di schegge o frammenti metallici?</b>		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>E' portatore di piercing?</b> Localizzazione .....		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>Presenta tatuaggi?</b> Localizzazione .....		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>Sta usando cerotti medicali?</b>		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<b>Corpi intrauterini (IUD)?</b>		<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

### 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

**Firma** \_\_\_\_\_  **Data** \_\_\_\_\_

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.

### Parte riservata al Radiologo

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

**ACCETTAZIONE DELL'ESAME** (Se NO, specificare il motivo) \_\_\_\_\_  **SI**  **NO**

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

**Firma** \_\_\_\_\_

Del Medico Radiologo

Direzione Sanitaria: Dott.ssa Spezzapria Maria, Dott. Zancan Giuseppe, Dott. Zancan Renzo