

NOTA INFORMATIVA RELATIVA ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

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.

La durata media dell'esame RM è approssimativamente pari a 30 minuti, ma può variare in relazione a esigenze cliniche e al numero di distretti anatomici da esaminare. Durante la fase di acquisizione dati dell'esame RM sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchiatura RM. Le condizioni di ventilazione, illuminazione e temperatura sono tali da assicurare il massimo benessere, e ridurre possibili effetti claustrofobici. Durante la fase di esame è necessario rimanere tranquilli e mantenere il massimo grado di immobilità per non compromettere il risultato diagnostico dell'immagine. La respirazione regolare e la deglutizione della saliva non disturbano l'esame. In alcuni tipi di indagine può essere richiesto al paziente di collaborare mediante atti respiratori e brevi periodi di apnea al fine di migliorare la qualità diagnostica delle immagini. Nella sala comando è sempre presente personale di servizio pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità. Il paziente è sempre in contatto vocale, acustico e visivo con gli operatori, che eseguono un controllo costante durante tutta la fase di esame. In caso di insorgenza di disturbi, come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento, è opportuno che il paziente avverta quanto prima il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM, utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione.

Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere: 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; calze di nylon; indumenti in acrilico; altri eventuali oggetti metallici. Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

Il paziente è pregato di spogliarsi e successivamente indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio.

Importante per le donne: nel caso la paziente sia portatrice di spirale intrauterina, si consiglia di far controllare la posizione della stessa al proprio ginecologo dopo l'esecuzione dell'esame con Risonanza Magnetica.

L'ESAME RM NON PUO' ESSERE EFFETTUATO A DONNE NEL PRIMO TRIMESTRE DI GRAVIDANZA SALVO DIVERSA VALUTAZIONE MEDICA.

PER I PORTATORI DI PACE-MAKER, PROTESI METALLICHE CARDIACHE, ELETTROSTIMOLATORI INTERNI ED OGNI ALTRA ENDOPROTESI ELETTRONICA L'ESAME VERRA' EFFETTUATO SECONDO LE PROCEDURE STABILITE DAL MEDICO RESPONSABILE DELLA SICUREZZA CLINICA APPARTENENTE ALLA STRUTTURA.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PRELIMINARE ALL'ESAME RM

redatto sulla base delle indicazioni riportate nel DM 10/08/2018

Dati del paziente:

Dati del paziente

Cognome Nome

Data e luogo di nascita Recapito Tel.

Residenza Peso (Kg). |__|__|__|.

Indagine richiesta

Medico richiedente l'esame RM

Ha eseguito in precedenza esami RM?	SI	NO
Ha mai avuto reazioni allergiche dopo somministrazione di Mezzo di Contrasto?	SI	NO
Soffre di claustrofobia?	SI	NO
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore carrozziere?	SI	NO
Ha mai subito incidenti stradali?	SI	NO
Ha mai subito incidenti di caccia?	SI	NO
E' stato vittima di traumi da esplosioni?	SI	NO
E' a conoscenza di avere schegge o frammenti metallici all'interno del corpo?	SI	NO
Ha mai subito interventi chirurgici su:		
Testa.....	Collo.....	
Addome.....	Torace.....	
Estremità.....	Altro.....	
Ultime mestruazioni avvenute:		
E' portatore di Dispositivo Intrauterino (IUD)?	SI	NO
E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi metallici all'interno del corpo?	SI	NO
E' portatore di Pace Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	SI	NO
E' portatore di Defibrillatori Impiantati?	SI	NO
E' portatore di Clips su Aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	SI	NO
E' portatore di Valvole cardiache?	SI	NO
E' portatore di Stents?	SI	NO
E' portatore di Distrattori per la colonna vertebrale?	SI	NO
E' portatore di Pompa ad Infusione per insulina o altri farmaci?	SI	NO
E' portatore corpi metallici nelle orecchie o di Impianti per udito?	SI	NO
E' portatore di Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI	NO
E' portatore di altri tipi di stimolatore?	SI	NO
E' portatore di Derivazione Spinale o Ventricolare?	SI	NO
E' portatore di Protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
E' portatore di Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, fili, etc...?	SI	NO
Altre Protesi? Localizzazione:	SI	NO
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe non esserne a conoscenza? (Informazioni supplementari:	SI	NO
E' portatore di protesi del cristallino?	SI	NO
Attualmente ha la febbre a 38°C o superiore?	SI	NO
E' portatore di piercing? Localizzazione:	SI	NO
Presenta tatuaggi? Localizzazione:	SI	NO
Attualmente sta utilizzando cerotti medicali?	SI	NO

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata 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'ESAME RM

Il paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame.

→
Firma del Paziente

Data

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

CONSENSO DEL PAZIENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi del Art.13 del GDPR (UE) 2016/79

Il paziente autorizza il trattamento dei dati personali forniti in sede di anamnesi al solo scopo di poter verificare da parte del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame la presenza di eventuali controindicazioni legate all'esame RM ed alla possibilità di poter somministrare o meno eventuali MdC e sedativi o eseguire particolari procedure di preparazione pre-esame. Si autorizza altresì, a seguito dell'esame, la conservazione da parte della struttura sanitaria dei questionari utilizzati contenenti i propri dati sensibili, prevista ai sensi del D.M. 10-08-2018, i cui dati non potranno però essere utilizzabili per scopi diversi da quelli legati ad eventuali verifiche di merito a carattere medico-legale, effettuate anche a distanza di tempo, relative all'espletamento dell'esame stesso.

→
Firma del Paziente

Data

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

DICHIARAZIONE IN MERITO AL POSSIBILE STATO DI GRAVIDANZA

La paziente dichiara di non essere in stato di gravidanza e di conoscere i rischi che potrebbero derivare da un'esposizione al campo elettromagnetico del feto.

Firma del Paziente

Data

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

CONSENSO DEL GENITORE O 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 o ridurre altre procedure di preparazione pre-esame al paziente da sottoporre ad indagine RM, acconsente all'opportunità da parte dell'accompagnatore volontario di poter assistere il paziente durante l'esecuzione dell'esame all'interno della sala RM, al fine di tranquillizzare e mantenere fermo il paziente e di garantire pertanto la possibile esecuzione dell'indagine.

Firma del Medico Responsabile
dell'esecuzione dell'esame RM

Data

L'accompagnatore, espletati gli accertamenti anamnestici del caso richiesti dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame 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 Paziente

Data

Firma del Medico Responsabile
dell'esecuzione dell'esame RM

Data

CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE IN CASO DI NECESSITA' DI SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO

E' possibile che l'esame possa prevedere la somministrazione per via endovenosa di mezzo di contrasto paramagnetico (M.d.C.) contenente Gadolinio. Tale somministrazione, pur se attuata con perizia, diligenza e prudenza, può causare la comparsa di reazioni avverse di varia natura e gravità, suddivisibili in lievi (starnuti, colpi di tosse, in 1 su 100 Pazienti), severe che possono richiedere terapia medica (difficoltà respiratorie, alterazioni del ritmo cardiaco, convulsioni, perdita di coscienza 1 su 10.000 Pazienti) e raramente il decesso (1 su 5.000.000 di Pazienti). I mezzi di contrasto di ultima generazione provocano sempre più raramente reazioni allergiche. Non esistono comunque reali controindicazioni all'iniezione di Gadolinio ev, fatta eccezione per i Pazienti con gravi forme allergiche o insufficienza renale grave. Il Medico che provvede all'iniezione del mezzo di contrasto ha a sua disposizione i farmaci e le apparecchiature necessarie per intervenire in caso di emergenza. E' possibile nello 0.5% dei casi che l'iniezione del mezzo di contrasto determini stravasamento del prodotto iniettato nella vena periferica. Ciò può avere variabili conseguenze: di solito un semplice edema o ematoma, ma non si possono escludere complicanze maggiori. (Wang CL, Frequency, management, and outcome of extravasation of nonionic iodinated contrast medium in 69.657 intravenous injections. Radiology 2007).

Nella struttura è presente un Medico Anestesista Rianimatore.

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del MdC. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, acconsente la somministrazione.

Firma del Paziente

Data

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

Firma del Medico Responsabile
dell'esecuzione dell'esame RM

Data

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ Medico Chirurgo Specialista
in Radiodiagnostica, **DICHIARA** di aver somministrato, durante l'esecuzione dell'indagine RM, il mezzo di contrasto
paramagnetico:

GADOVIST 1,0 mmol/ml

lotto/scad mdc.

In quantità di _____ ml Flusso _____ ml/sec

Creatininemia _____ mg/dL eGFR _____ ml/min

Il paziente ha eseguito la profilassi antiallergica SI NO

MDC **non** somministrato – Note:

Firma del Medico Responsabile
dell'esecuzione dell'esame RM

Data

Firma del Medico specialista in
Anestesia e Rianimazione presente
durante la somministrazione del MdC

Data