

MODULO INFORMATIVO PER L'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA

L'esame di Risonanza magnetica (RM) viene effettuato senza impiego di raggi X o sostanze radioattive.

Vengono utilizzati solamente campi magnetici ed onde di radiofrequenza analoghe a quelle delle trasmissioni radio-televisive. L'esame non è doloroso nè fastidioso. Il paziente dovrà rimanere immobile sul lettino per il tempo dell'esame (15-20 minuti circa), per consentire la raccolta di informazioni diagnostiche della migliore qualità; anche il minimo movimento può pregiudicare il risultato finale.

Durante tutto l'esame, il paziente sentirà un rumore ritmico e avvertirà temporanee sensazioni di calore, provocate dal normale funzionamento dell'apparecchiatura. Le condizioni di illuminazione, ventilazione e temperatura sono regolate in modo da assicurare il massimo comfort. È necessario rimanere tranquilli per tutta la durata dell'esame, il personale addetto è comunque presente nella sala comando e può essere chiamato in qualsiasi momento utilizzando l'interfono.

I PAZIENTI CON PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE AL MEZZO DI CONTRASTO A SEGUITO DI INDAGINI RADIOLOGICHE (TAC – UROGRAFIE – RMN) ED I PAZIENTI CON ALLERGIE AL LATTICE, DEVONO EFFETTUARE INDAGINI CONTRASTOGRAFICHE IN STRUTTURE OSPEDALIERE.

Questionario preliminare all'indagine di Risonanza Magnetica

Gentile paziente, prima di sottoporsi all'indagine diagnostica, la invitiamo a rispondere con attenzione al seguente questionario barrando le risposte che interessano.

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| • Soffre di claustrofobia? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Lavora o ha mai lavorato come saldatore, tornitore o carrozziere? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Ha mai subito incidenti stradali o incidenti di caccia? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • È mai stato vittima di traumi esplosivi? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • È in stato di gravidanza presunto o accertato? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Ha mai subito interventi chirurgici? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Se sì, su:

Testa

Collo.....

Torace

Addome

Arti

Altro

È portatore di:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| • Piercing? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Schegge o frammenti metallici? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, vasi cerebrali? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Valvole cardiache? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Distrattori della colonna vertebrale? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Pompa di infusione per insulina o per altri farmaci? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Pace - maker cardiaco o altri cateteri cardiaci? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Dispositivi intrauterini? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Derivazione spinale o ventricolare? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari), viti, chiodi, filo, ecc...? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Se sì, dove?

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| • Protesi dentarie fisse o mobili? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

Se sì, dove?

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| • È affetto da anemia falciforme? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

Le raccomandiamo inoltre di:

- asportare dal volto eventuali cosmetici;
- lasciare nello spogliatoio tutti gli oggetti metallici e magnetici (telefoni cellulari, fermagli per capelli, forcine, monete, mollette, occhiali, fibbie, spille, orologio, chiavi, orecchini, catenine, tesserini magnetici, carte di credito, ecc.);
- togliere eventuali apparecchi per udito, dentiere mobili, cinta sanitaria, lenti a contatto.

Note informative

È prudente escludere dalla RM le gestanti, in particolare nel primo trimestre di gravidanza, anche se non è stata comprovata la sensibilità dell'embrione ai campi magnetici e alle radiofrequenze utilizzate per tali indagini.

La presenza sul corpo di tatuaggi ed in particolare quelli eseguiti con pigmenti a base di metallo, può provocare irritazione cutanea. Nel corso dell'esame è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse. L'evenienza più probabile è rappresentata da sensazioni di claustrofobia a carattere passeggero.

A CURA DEL PAZIENTE:

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
dichiara di avere letto, compreso e risposto con precisione a tutte le domande sopra elencate.
Dichiara anche di essere stato informato sulla indagine che deve effettuare e sugli eventuali rischi ad essa legati ed
esprime il proprio consenso al prosieguo diagnostico.

FIRMA LEGGIBILE DEL PAZIENTE O DI CHI NE HA LA TUTELA
(specificare l'eventuale grado di parentela)

Data _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del parlamento europeo e del consiglio del 27 aprile 2016 esposta pubblicamente all'interno della struttura e sul sito www.ricercheradiologiche.it ed autorizza la struttura Ricerche Radiologiche S.r.l. al trattamento dei dati personali e sensibili secondo le modalità ivi descritte. Inoltre esprimendo il mio consenso libero, specifico e informato

☐ Autorizzo ☐ NON Autorizzo

Ricerche Radiologiche ad utilizzare l'indirizzo mail da me fornito, per comunicazioni a scopo informativo, commerciale, promozionale e pubblicitario delle sole attività di Ricerche Radiologiche (art. 21 Regolamento (UE) 2016/679).

☐ Autorizzo ☐ NON Autorizzo

Ricerche Radiologiche ad utilizzare in forma anonima i dati raccolti a scopo di ricerca scientifica, epidemiologica, in pubblicazioni e durante congressi (art. 89 Regolamento (UE) 2016/679).

FIRMA LEGGIBILE DEL PAZIENTE O DI CHI NE HA LA TUTELA
(specificare l'eventuale grado di parentela)

CONSENSO INFORMATO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO (M.D.C.)

Alcune indagini di RM richiedono la somministrazione di m.d.c. paramagnetico che permette una maggiore efficacia nell'identificazione e caratterizzazione di alcune patologie. Il Paziente è posizionato sdraiato sul lettino. Viene introdotto l'ago cannula attraverso il quale è somministrato il mezzo di contrasto: la quantità varia in rapporto alla tecnica, al quesito diagnostico ed al distretto corporeo da esaminare.

Astenersi dall'assunzione di alimenti 5 ore prima dell'esame. È consigliabile **NON** sospendere la terapia personale del paziente.

La somministrazione per via endovenosa del farmaco è esclusivamente di competenza medica o infermieristica.

Un medico rianimatore è sempre presente all'interno della struttura.

La somministrazione di m.d.c. è pressoché scevra da rischi, tuttavia potrebbe comportare alcuni effetti collaterali:

- **lievi** (sensazione di calore, nausea, rossore, cefalea, prurito, ecc...);
- **moderati** (dispnea, ipotensione, tachicardia);
- **gravi**: (serie aritmie, broncospasmo severo, arresto cardio-respiratorio, insufficienza renale acuta, shock anafilattico);

La invitiamo, pertanto, a leggere e a rispondere attentamente alle seguenti domande:

(Protocollo anamnestico - Documento di Consenso SIRM-SIAAIC Gestione dei Pazienti a Rischio di Reazione Avversa a Mezzo di Contrasto del 05/12/2017)

A) Ha mai effettuato indagini radiologiche con infusione endovenosa di mezzo di contrasto?	SI	NO
B) Identificazione dei pazienti a rischio - Condizioni che necessitano un contatto con la Struttura Ha avuto una reazione allergica o simil-allergica a seguito di un'indagine con infusione endovenosa di mezzo di contrasto? È attualmente affetto da asma bronchiale o orticaria-angioedema non controllati da terapia farmacologica? È affetto da mastocitosi? Ha mai avuto una grave reazione allergica della quale non è stata riconoscibile la causa scatenante?	SI	NO
C) Se ha risposto "SI" ad una delle domande B) dichiara di aver contattato il Medico del Centro?	SI	NO
D) Se ha risposto "SI" ad una delle domande B), dichiara di avere eseguito la preparazione antiallergica?	SI	NO

A CURA DEL PAZIENTE:

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
dichiara di aver letto, compreso e risposto con precisione a tutte le domande sopra elencate e di essere stato informato in maniera chiara, comprensibile ed esauriente sui rischi connessi all'impiego del mezzo di contrasto.

Pertanto:

- ☐ **acconsente alla somministrazione del mezzo di contrasto**
☐ **non acconsente alla somministrazione del mezzo di contrasto**

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO

FIRMA LEGGIBILE DEL PAZIENTE O DI CHI NE HA LA TUTELA
(specificare l'eventuale grado di parentela)