

### **Come si svolge l'esame**

Per procedere all'esame sarà fatta coricare, prona, su apposito lettino che verrà introdotto all'interno dell'apparecchiatura (un grosso "cilindro" aperto alle estremità), con il seno appoggiato in due apposite coppe. L'esame non comporta dolore, ma può essere disagiata per il rumore dell'apparecchio.

L'esame si basa sull'utilizzo di onde a radiofrequenza (non si usano quindi raggi X) che comportano rischi limitati per il paziente, non comporta dolore, ma può essere disagiata per il rumore dell'apparecchio.

Durante l'esame, che può durare da 20 a 40 minuti, è necessario rimanere immobile.

Talora possono verificarsi episodi di **claustrofobia**. In questo caso l'esame RM può essere interrotto.

Se pensa di poter avere problemi di questo tipo, è pregata di segnalarlo al personale della Risonanza Magnetica prima di sottoporsi all'esame.

Le immagini acquisite devono essere elaborate, tutto ciò richiede tempo, a volte alcune ore.

Per questo motivo, non siamo in grado di anticiparLe alcuna informazione sul risultato dell'esame.

Lo studio RM richiede sempre **l'iniezione endovena di una sostanza (mezzo di contrasto paramagnetico) che consente di riconoscere le lesioni altrimenti non visibili e, in caso di malattia, di definirne il grado di estensione.**

### **Per effettuare correttamente l'esame occorre:**

- togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, cinta sanitaria;
- togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, coltelli tascabili, ferma-soldi, monete, chiavi, ganci automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, punti metallici (ad es. applicati agli indumenti tintoria), limette, forbici, e altri oggetti metallici;
- asportare cosmetici dal volto e togliere eventuali piercing;
- togliere indumenti, anche quelli intimi, con gancetti o parti in metallo (reggiseno, body, etc) e indossare il camice monouso fornito dal personale di servizio.
- Perché l'esame sia affidabile, dovrebbe essere **eseguito tra il 7° e il 21° giorno dall'inizio del ciclo mestruale**, durante il periodo fertile, oppure dopo sospensione del trattamento, in caso di terapia ormonale sostitutiva. In caso di dubbio, La preghiamo di segnalarlo al Medico Radiologo che segue l'esame
- Perché l'esame risulti valutabile, una volta posizionata/o, dovrà restare **assolutamente IMMOBILE**

### **IL PACEMAKER E' CONTROINDICAZIONE ASSOLUTA ALL'ESAME.**

**In caso di GRAVIDANZA o presenza di CLIPS, PROTESI O PROTESI METALLICHE** è necessario contattare preventivamente il personale di reparto o il Medico Radiologo che seguirà l'esame.

**Teniamo a ricordarLe che la Risonanza Magnetica ha dei limiti**, infatti, talvolta, non consente la diagnosi precoce di tumore maligno, quando ancora è rappresentato da microscopiche calcificazioni, riconoscibili solo alla mammografia; per questo motivo, **la Risonanza Magnetica non può sostituire la mammografia nella ricerca del tumore maligno in fase precoce e deve essere eseguita solo in casi prestabiliti.**

Per questo motivo non riteniamo corretto sottoporre a Risonanza Magnetica donne che non siano state precedentemente, ed a breve distanza di tempo, valutate con mammografia ed ecografia.

Per un'accurata analisi, occorre valutare la Risonanza Magnetica con la storia clinica senologica, con mammografie ed ecografie precedenti; questo esame, infatti, deve essere utilizzato solo per risolvere problemi diagnostici irrisolti alla valutazione con tecniche tradizionali.

**La invitiamo, pertanto, a voler portare sempre con sé tutta la documentazione senologica ed almeno le ultime MAMMOGRAFIE ED ECOGRAFIE.**

La Risonanza Magnetica può essere di difficile interpretazione, pertanto, qualora il Medico Radiologo, analizzandola, dovesse riscontrare immagini che meritano ulteriori approfondimenti, Le potrebbe proporre di sottoporsi ad ecografia "mirata", ovvero una normale ecografia mammaria, che si differenzia solo perchè guidata dall'immagine di Risonanza Magnetica e quindi più precisa.

**Qualora Le consigliassimo di sottoporsi a controllo a breve distanza di tempo**, normalmente siamo in grado di fissarle direttamente la data o di farla contattare per definirla.

Qualora, in quest'ultimo caso, non dovesse ricevere alcuna chiamata, La preghiamo di volerci contattare direttamente al num. \_\_\_\_\_

**Prima** di sottoporsi all'esame RM è **necessario compilare** anche il "Questionario Anamnestico" e il "modulo di **Consenso Informato alla somministrazione del mezzo di contrasto**".

Avendo compreso quanto spiegato, decido liberamente e consapevolmente di:

**Acconsentire** (o **Non acconsentire** ) ad essere sottoposto alla prestazione sopra descritta, tenuto conto anche delle conseguenze prevedibili, temporanee o permanenti, derivanti dall'esecuzione della prestazione proposta.

**Firma paziente** (o *chi ne fa le veci*)

\_\_\_\_\_

**Timbro e Firma del Medico**

\_\_\_\_\_

Nome e Cognome di *chi ne fa le veci*

\_\_\_\_\_

**Quesito Clinico - Anamnesi – Indicazioni per la preparazione – Consenso**

*Questo stampato raccoglie le informazioni sullo stato di salute del paziente, necessarie al corretto espletamento dell'esame richiesto. Si prega di leggerlo e compilarlo con attenzione, ciascuno per le parti di propria competenza.*

DATI DEL PAZIENTE (eventuale etichetta)	TIPO DI ESAME RICHIESTO
Cognome e Nome _____	<input type="checkbox"/> TAC senza o con mdc iodato
Data di nascita _____	<input type="checkbox"/> Angiografia con mdc iodato
Telefono _____	<input type="checkbox"/> Uro-TC
Provenienza:	<input type="checkbox"/> RM senza o con mdc paramagnetico
o Interni U.O. _____	<input type="checkbox"/> ECOGRAFIA con mdc (CEUS)
o Esterni _____	<input type="checkbox"/> Altro _____
o Altra ULSS _____	
Settore anatomico (specificare) _____	
Notizie cliniche e quesito diagnostico (OBBLIGATORIO) _____	
Creatininemia * (entro 30 giorni) _____ PESO (Kg) _____	
(*) Non necessario in caso di Ecografia con Mdc - CEUS	

**RACCORDO ANAMNESTICO PER ESAME CON MDC**

Il/La Paziente presenta all'anamnesi:

1. **Precedenti reazioni moderate / severe al Mdc**     NO //     SI //
2. **Allergie**     NO //     SI (specificare tipo e eventuale trattamento): \_\_\_\_\_
3. **Asma**     NO //     SI (specificare se instabile): \_\_\_\_\_

**SE SI A 1 e/o 2 e/o 3, ESEGUIRE PROFILASSI (vedi sotto)**

4. **Ipertiroidismo**     NO //     SI
5. **Sindrome coronaria acuta recente**     NO //     SI
6. **Scopenso cardiaco**     NO //     SI
7. **Diabete**     NO //     SI
8. **Trattamento in atto con uno dei farmaci elencati\***     NO //     SI (sottolineare):     $\beta$ -bloccanti // Interleukina 2 //  
Trattamento chemioterapico // Metformina\*\* // Aminoglicosidi
9. **Insufficienza renale**     NO //     SI (valore eGFR ml/min \_\_\_\_\_)

**SE SI A 9, E SOLO IN CASO DI MDC IODATI, PROCEDERE ALLA PRE- IDRATAZIONE (vedi sotto)**

\* Se il valore della creatinina è normale: nessun intervento; per valori anomali di creatininemia, sospensione a giudizio del curante.

\*\* Solo in caso di IRC severa (IV-V stadio) (eVFG  $\leq$  45 ml/min) sospendere la METFORMINA 48 h PRIMA DELL'ESAME e ripristinarla 48 h dopo, previo controllo della creatinina.

Data: \_\_\_\_\_ Timbro e firma Medico Curante: \_\_\_\_\_

**PREPARAZIONE:** mantenere a digiuno nelle 4 ore precedenti l'esame

**PRE- IDRATAZIONE (SOLO PER MDC IODATI):** SOLO in caso di insufficienza renale lieve/moderata (eGFR < 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> in caso di angiografia; eGFR < 45 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> in caso di iniezione endovenosa del mdc) è necessario effettuare una pre-idratazione secondo il seguente schema:

- **Pazienti ricoverati:** somministrazione in Reparto per via endovenosa di bicarbonato di sodio (154 mEq/l in glucosata al 5%), 3 ml/Kg/h per 1 ora prima della somministrazione del mezzo di contrasto e 1 ml/Kg/h per 6 ore dopo.

**PROFILASSI PER MDC IODATI E PARAMAGNETICI:** SOLO in caso di pregressa allergia moderata/severa a mdc iodato, asma instabile, allergie in terapia, è necessario effettuare una profilassi secondo il seguente schema:

- **nelle 24 ore precedenti l'esame:** Prednisone, 1 cp da 25 mg per via orale (es. Deltacortene F) o 20 mg e.v. (es. Solumedrol) ogni 6 ore (tot. 4 somministrazioni) + 1 cp di gastroprotettore per via orale (es. Omeprazolo);
- **1 ora prima dell'esame:** Cetirizina Dicloridrato (Zirtec), 10 mg (1 cp) per os (**Antistaminico**)

### PER INDAGINI RM

Il / la Paziente è portatore / portatrice di:

- Clips vascolari/ Placche / chiodi / viti / fili metallici  NO  SI
- Pace Maker o altri tipi di stimolatori  NO  SI Specificare : \_\_\_\_\_
- Valvole cardiache / Stents  NO  SI
- Pompe di infusione farmaci  NO  SI
- Impianti cocleari  NO  SI
- Derivazioni spinali o ventricolari  NO  SI
- IUD (spirale)  NO  SI
- Protesi del cristallino  NO  SI
- Protesi dentarie  NO  SI
- Tatuaggi  NO  SI
- Il paziente ha subito interventi chirurgici?  NO  SI Specificare: \_\_\_\_\_
- Il paziente soffre di claustrofobia?  NO  SI
- Il paziente è stato mai colpito da schegge metalliche ?  NO  SI
- La paziente è in stato di gravidanza ?  NO  SI

**IN CASO DI RISPOSTE AFFERMATIVE SI PREGA DI VOLER ALLEGARE UN CERTIFICATO DI COMPATIBILITA' ALL'ESAME RM**

Data: \_\_\_\_\_ Timbro e firma Medico Curante: \_\_\_\_\_

### CONSENSO INFORMATO

Verificato quanto dichiarato nel RACCORDO ANAMNESTICO PER ESAME CON MDC o RM il Paziente può essere sottoposto all'indagine richiesta.

Data: \_\_\_\_\_

Firma Medico responsabile dell'esecuzione dell'esame: \_\_\_\_\_

### CONSENSO TC – RM – CEUS – CON MDC

Io sottoscritto dichiaro di essere stato adeguatamente informato relativamente a:

- finalità, modalità di espletamento e rischi inerenti l'esame diagnostico e/o terapeutico a cui devo essere sottoposto, necessario all'accertamento e/o cura della mia condizione clinica;
- possibilità che l'uso del mezzo di contrasto possa causare eventi avversi non prevedibili.

Dichiaro di aver effettuato profilassi (se prescritta)  NO  SI

Donne in età fertile: dichiaro di essere in stato di gravidanza  NO  SI; se SI settimane \_\_\_\_\_

Accetto di sottopormi all'esame proposto (specificare): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Paziente \_\_\_\_\_