

Nota informativa relativa all'esame RM:

La Risonanza Magnetica (RM) è **una tecnica** diagnostica che **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.

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.**

Esecuzione dell'esame RM:

I pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono compilare un apposito "questionario anamnestico" e "modulo di consenso informato" al fine di escluder ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

Per effettuare l'esame RM è necessario:

- (1) togliere eventuale trucco per il viso e lacca per capelli,
- (2) 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),
- (3) togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito,
- (4) togliere lenti a contatto o occhiali,
- (5) spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio,
- (6) utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio.

La durata media dell'esame RM è circa 20-40 minuti.

Durante la fase di acquisizione delle immagini RM sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Per ottenere la migliore qualità delle immagini e non compromettere il risultato diagnostico, **durante tutto l'esame** è necessario mantenere il massimo grado di **immobilità, respirando regolarmente.**

Nella sala comando è sempre presente personale di servizio pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità. Il paziente è sempre in contatto vocale e visivo con gli operatori che vigilano per tutta la durata dell'esame. In caso di insorgenza di disturbi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento è opportuno che il paziente avverta gli operatori utilizzando l'apposito dispositivo di segnalazione.

Data: _____

Nome e Cognome del paziente: _____

Firma del paziente: _____

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): β -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 m² in caso di angiografia; eGFR < 45 ml/min/1.73 m² 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 _____