

Data esame ____/____/____

COGNOME _____ NOME _____

Data di Nascita ____/____/____ Luogo di Nascita _____ Peso _____

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame che, per le sue valutazioni, si avvale anche delle risposte fornite dal paziente o dal tutore legale (ad esempio in caso di minore)

- | | | | |
|---|---|--|---|
| · Ha eseguito in precedenza esami RM ? | ☐ SI ☐ NO | - Defibrillatori impiantati ? | ☐ SI ☐ NO |
| · Soffre di claustrofobia ? | ☐ SI ☐ NO | - Distrattori della colonna vertebrale ? | ☐ SI ☐ NO |
| · Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere ? | ☐ SI ☐ NO | - Pompa di infusione per insulina o altri farmaci ? | ☐ SI ☐ NO |
| · Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia ? | ☐ SI ☐ NO | - Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito ? | ☐ SI ☐ NO |
| | ☐ SI ☐ NO | - Neurostimolatori, elettrodi cerebrali o subdurali ? | ☐ SI ☐ NO |
| · E' stato vittima di traumi da esplosioni ? | ☐ SI ☐ NO | - Altri tipi di stimolatori ? | ☐ SI ☐ NO |
| · E' in stato di gravidanza certa o presunta? | ☐ SI ☐ NO | - Dispositivo intrauterino (IUD) ? | ☐ SI ☐ NO |
| · Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? | ☐ SI ☐ NO | - Derivazione spinale o ventricolare ? | ☐ SI ☐ NO |
| | ☐ SI ☐ NO | - Protesi dentarie fisse o mobili? | ☐ SI ☐ NO |
| · Ha subito interventi chirurgici su: | ☐ SI ☐ NO | - Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc... ? | ☐ SI ☐ NO |
| Testa.....Addome..... | | - Altre protesi ? | ☐ SI ☐ NO |
| Collo.....Estremità..... | | Localizzazione..... | |
| Torace.....Occhi..... | | · Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza ? | ☐ SI ☐ NO |
| · E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo ? | ☐ SI ☐ NO | | |
| · E' portatore di: | | - E' portatore di protesi del cristallino ? | ☐ SI ☐ NO |
| - Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ? | ☐ SI ☐ NO | - E' portatore di piercing ? | ☐ SI ☐ NO |
| - Schegge o frammenti metallici ? | ☐ SI ☐ NO | Localizzazione..... | |
| - Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ? | ☐ SI ☐ NO | - Presenta tatuaggi ? | ☐ SI ☐ NO |
| - Valvole cardiache ? | ☐ SI ☐ NO | Localizzazione..... | |
| - Stents ? | ☐ SI ☐ NO | - Sta utilizzando cerotti medicali ? | ☐ SI ☐ NO |

Data: ____/____/____

Per accettazione ed a testimonianza della veridicità delle informazioni fornite

Firma paziente: _____

Per effettuare l'esame RM occorre togliere:

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 - altri eventuali oggetti metallici.

Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso (in caso di esami del distretto testa - collo)

Posso cambiare la mia decisione riguardo all'effettuazione dell'esame?

Lei non è assolutamente obbligato/a ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Data ____/____/____

Firma paziente _____

Il Medico responsabile dell'esecuzione dell'esame RM, preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

AUTORIZZA ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI RM

Data ____/____/____

Timbro e Firma del Medico Radiologo



	QUESTIONARIO ANAMNESTICO RISONANZA MAGNETICA	
	R03PSRAD01 rev. 9	

MODULO INFORMATIVO ESAME RM

CHE COS'E'

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.

E' in ogni caso prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.

A COSA SERVE

Viene utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico dell'encefalo e della colonna vertebrale, dell'addome, pelvi, dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico (articolazioni, osso, tessuti molli).

COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene sdraiato su un lettino e in relazione al tipo di organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare, queste non provocano dolore o fastidio essendo appoggiate all'esterno del corpo, ad eccezione delle bobine endorettali. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa.

COSA PUO' SUCCEDERE- EVENTUALI COMPLICANZE

Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. Sarà possibile avvertire gli operatori tramite un apposito dispositivo di segnalazione che avrà in dotazione durante l'esame.

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

I pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono compilare un apposito "questionario anamnestico" utile ad escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso. Si raccomanda quanto segue:

- 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),
- togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito, togliere lenti a contatto o occhiali,
- spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso, la cuffia o gli appositi tappi auricolari fornito dal personale di servizio,

Si raccomanda di evitare di truccare il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini. Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

SINTESI INFORMATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO IN RM

- La somministrazione del mezzo di contrasto per via endovenosa è parte integrante dell'esame RM e, in alcuni tipi di indagine, è indispensabile per una corretta diagnosi. Le caratteristiche di tali farmaci permettono tranquillità di impiego, "pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione iniettabile". Infatti i pazienti affetti da insufficienza renale moderata e severa ai quali venga somministrato per via endovenosa un mezzo di contrasto a base di Gadolinio sono esposti maggiormente al rischio di sviluppare una patologia nota con il nome di Fibrosi Sistemica Nefrogenica (FSN), rara e caratterizzata da ispessimento della cute e dei tessuti connettivi, debilitante e potenzialmente fatale. In base alle recenti evidenze in letteratura, l'uso del mezzo di contrasto a base di Gadolinio, in pazienti considerati ad alto rischio, dializzati e/o sottoposti a trapianto renale, è strettamente legato ad una scelta consapevole e condivisa tra il clinico richiedente e medico radiologo, nel rispetto del minor costo biologico e migliore risposta diagnostica.

- La somministrazione dell' M.D.C. può talora comportare alcuni lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito) che un'incidenza non prevedibile e quantificabile ma comunque molto bassa, può indurre anche reazioni allergiche gravi fino allo shock anafilattico. E' necessario comunicare al Medico Responsabile dell'esame ogni eventuale tipo di allergia prima dell'esame stesso.

- Il personale sanitario dell'Unità Operativa è sempre presente all'interno della struttura per garantire un pronto intervento in caso di emergenza.

- L'impiego del Gadolinio nelle donne in gravidanza richiede la valutazione del rapporto rischio/ beneficio quindi l'eventuale stato di gravidanza deve essere preventivamente comunicato al Medico Responsabile dell'esame RM. A tal proposito si informa che i mezzi di contrasto Gd-chelati, a basso dosaggio, non creano problemi. E' opportuno comunicare anche l'eventuale fase di allattamento del proprio figlio per concordarne le eventuali modalità e tempi di interruzione in relazione all'effettuazione dell'esame RM.

- Ogni eventuale chiarimento in merito all'esecuzione dell'esame RM con mezzo di contrasto può essere richiesto al personale dell'Unità Operativa.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il/La sottoscritto/a _____ dopo un esauriente colloquio informativo, avendo ben compreso quanto è stato spiegato in ordine all'indagine proposta, agli eventuali rischi e complicanze ed avendo altresì chiare le possibili conseguenze in caso di rifiuto,



NON ACCONSENTE all'effettuazione dell'indagine



ACCONSENTE all'effettuazione dell'indagine (barrare la casella scelta)

☐

senza mezzo di contrasto

☐

con mezzo di contrasto

Etichetta MDC

Data ____/____/____

Firma del paziente/suo delegato (*Tutore, Curatore, Amministratore di Sostegno*)

In caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci. _____