

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	Ultima Rev.: 01/10/2019
	INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO RISONANZA MAGNETICA (RM)	

Gentile Signora/Egregio Signore,

le seguenti informazioni vogliono renderLa consapevole del tipo di procedura cui verrà sottoposta/o Lei o il Suo familiare. La preghiamo pertanto di leggerle attentamente per essere in grado di manifestare, firmando in calce il documento, il Suo consenso.

Qualora le informazioni non risultassero chiare e/o esaurienti potrà chiedere ulteriori delucidazioni al Suo Medico curante o al Medico Radiologo, prima dell'esecuzione dell'indagine.

Si raccomanda di fornire la documentazione clinica, radiologica e strumentale relativa ad accertamenti eventualmente eseguiti in precedenza.

COS'È LA RISONANZA MAGNETICA

La Risonanza Magnetica è una metodica diagnostica che utilizza campi magnetici e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF).

In alcuni casi, è necessario somministrare, mediante iniezione endovenosa, un farmaco chiamato "**mezzo di contrasto**" (mdc).

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.

I pazienti possono essere sottoposti all'esame RM solo previa esclusione di possibili controindicazioni da accertarsi a cura del Medico radiologo responsabile dell'esecuzione dell'esame utilizzando l'apposito "**questionario anamnestico**" e dopo sottoscrizione del consenso informato.

COME SI EFFETTUA L'ESAME

Il paziente viene disteso sul lettino dell'apparecchio RM. Attorno alla parte del corpo da esaminare viene posta una bobina, in pratica un'antenna che riceve e/o emette le radiofrequenze.

Successivamente, il lettino viene introdotto nel cilindro del macchinario RM, all'interno del quale è presente il campo magnetico.

La durata media dell'esame RM è di circa 15-30 minuti, ma può variare in relazione a esigenze cliniche e di numero di distretti anatomici da esaminare.

Durante l'esame, il macchinario emette dei rumori ritmici di intensità variabile per cui, su richiesta del paziente, vengono forniti auricolari di protezione.

Il personale, che sorveglia il paziente durante tutto l'esame (sia attraverso il vetro della consolle che tramite telecamera), può comunicare con lo stesso mediante sistema interfonico.

E' richiesta la massima collaborazione del paziente che deve rimanere in silenzio ed immobile per evitare anche minimi movimenti che potrebbero compromettere l'esito dell'esame.

Il paziente verrà munito di un dispositivo di segnalazione acustica da utilizzare esclusivamente in caso di reale necessità.

COME PREPARARSI ALL'ESAME

Prima dell'esame occorre:

- Rimuovere:
 - Lenti a contatto o occhiali, apparecchi per l'udito, protesi dentarie mobili, cintura, busti, parrucche, fermagli per capelli, mollette, gioielli, orecchini, piercing, orologi, carte di credito, e ogni scheda magnetica, monete, chiavi e ogni oggetto metallico in genere;
 - Indumenti dotati di ganci, automatici, bottoni metallici, cerniere lampo, ferretti, punti metallici (come quelli applicati in tintoria);
 - Cosmetici dal volto.
- Segnalare la presenza di tatuaggi sulla pelle (potrebbero provocare irritazioni).

Prima dell'esame con mezzo di contrasto:

- È obbligatorio il digiuno da almeno 6 ore prima dell'esame;
- Non bere latte né bevande alcoliche;
- Non fumare;
- Effettuare la terapia come di consueto, salvo diversa indicazione del proprio Medico curante;

- Per i **diabetici**: salvo diversa indicazione del Medico curante, sospendere l'eventuale terapia ipoglicemizzante;
- Portare gli **esami del sangue** (creatininemia) richiesti per l'esecuzione dell'esame RM con mezzo di contrasto;
- In caso di **allergie** precedenti (di qualsiasi natura: farmaci, alimenti, stagionali, asma allergico), eseguire terapia desensibilizzante secondo indicazioni del Medico Radiologo (come da modello fornito al momento della prenotazione).
- Fornire la documentazione clinica (referti/CD/radiografie/ecografie ecc.) relativa ad accertamenti eventualmente eseguiti in precedenza.

Dopo l'esame con mezzo di contrasto:

Per favorire l'eliminazione del mezzo di contrasto si consiglia di bere molta acqua o tè.

Alle donne che allattano si consiglia di sospendere l'allattamento nelle 24 ore successive alla prestazione.

RISCHI E CONTROINDICAZIONI

L'esame RM non può essere eseguito se si è portatori di pace-maker cardiaco, clip metalliche, punti di sutura metallici o dispositivi metallici introdotti per interventi chirurgici, salvo il caso in cui fossero stati utilizzati materiali amagnetici (es. titanio) Nel dubbio verrà richiesta documentazione scritta che attesti la tipologia di materiale utilizzato per l'intervento.

L'esame potrebbe comportare eventuali rischi per:

- I tornitori, saldatori, carrozzieri, addetti alla lavorazione di vernici metallizzate.
- Le donne in età fertile che non possano escludere con certezza uno stato di gravidanza o che si trovino nel primo trimestre.
- Le donne portatrici di spirale;
- I soggetti con eventuali dispositivi intracavitari.

Inoltre, l'esame RM potrebbe essere poco tollerato da chi è affetto da claustrofobia, epilessia, anemia grave, malattia psichiatrica.

Nei suddetti casi si raccomanda di avvertire sempre il Medico esaminatore.

In caso di esame con mezzo di contrasto:

L'impiego del mezzo di contrasto a base di sostanze paramagnetiche è generalmente ben tollerato. Raramente potrebbero verificarsi episodi di ipersensibilità come orticaria o altri fenomeni allergici; si potrebbero avvertire sensazioni di nausea o vomito momentanei. In casi rarissimi sono stati riportati episodi di shock anafilattico.

EFFETTI COLLATERALI

L'esame **non** provoca dolore, tuttavia si possono presentare i seguenti effetti:

- Il riscaldamento di alcune parti del corpo, soprattutto nella zona intorno a cui è posizionata la bobina a radiofrequenza e/o i cavi di connessione della bobina alla macchina. Tale riscaldamento può essere diffuso lungo tutta la zona coperta da bobina e/o cavi, ma anche localizzato in particolari punti. Il fenomeno è normale, tuttavia, nel caso di riscaldamento eccessivo in qualunque zona del corpo, informare l'operatore.
- La contrazione involontaria di alcuni muscoli o la sensazione di pulsazione in alcune aree del corpo sono causate dal fatto che il campo magnetico può stimolare le cellule nervose e quindi provocare il fenomeno noto come "stimolazione nervosa periferica" (SNP). Tuttavia la SNP è insufficiente per causare significative contrazioni muscolari, in particolare del muscolo cardiaco.

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Cognome e Nome _____ Ricoverato Non ricoverato
 Luogo / Data di nascita _____ Peso in Kg _____
 Età _____ Recapito Tel. _____

Il paziente è:

affetto da:	claustrofobia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	obesità marcata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	anemia falciforme	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	cardiopatia grave	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
portatore di:	pacemaker cardiaco	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	altri tipi di cateteri cardiaci	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	protesi cardiovascolari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	valvole cardiache. Se sì del tipo:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	pompe per infusione di farmaci. Se sì del tipo:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	neuro stimolatori, elettrodi endocerebrali o sottodurali. Se sì del tipo:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	clips endocraniche, endoorbitarie, endovascolari. Se sì del tipo:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	sonde di derivazione ventricolare o spinale. Se sì del tipo:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	distrattori della colonna vertebrale. Se sì del tipo:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	protesi auricolari o oculari. Se sì del tipo:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	protesi ortopediche. Se sì del tipo:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	protesi dentarie fisse o mobili. Se sì del tipo:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	corpi intrauterini. Se sì del tipo:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	altre protesi o corpi metallici (punti, chiodi, fili, ecc.). Se sì del tipo:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	schegge o corpi metallici dovuti a traumi, colpi di arma da fuoco, esplosioni. Se sì del tipo:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
è stato sottoposto a interventi chirurgici su: <input type="checkbox"/> testa _____ <input type="checkbox"/> addome _____ <input type="checkbox"/> collo _____ <input type="checkbox"/> estremità _____ <input type="checkbox"/> torace _____ <input type="checkbox"/> altro _____		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
soffre di insufficienza renale		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ha subito o dovrà subire trapianto di fegato		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
è in stato di gravidanza (data dell'ultima mestruazione _____)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
è stato vittima di traumi stradali/incidenti. <u>Note:</u>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
è stato vittima di incidenti di caccia o di esplosioni. <u>Note:</u>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
lavora o ha lavorato come fabbro, tornitore, saldatore, carrozziere, addetto alla lavorazione di vernici metallizzate. <u>Note:</u>		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

DA COMPILARE SOLO NEL CASO DI MEZZO DI CONTRASTO

È allergico (es. raffreddore da fieno, asma allergico, allergie stagionali, punture d'insetto o altro) o è ipersensibile a medicine, cibi, cerotto, anestetici locali o altro? Note: se sì, ha eseguito terapia desensibilizzante?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha mai effettuato esami con mezzo di contrasto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ha mai avuto precedenti reazioni allergiche ai mezzi di contrasto Note: se sì, ha eseguito terapia desensibilizzante?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

A CURA DEL PERSONALE SANITARIO

Esami del sangue nella norma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Data esami ematici:	Valore creatinina:	
Digiuno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Documentazione precedente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

ANAMNESI

.....

.....

.....

.....

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM, preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari:

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM RICHIESTA

NON AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RICHIESTA PER :

Data _____

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____

(* In caso di minore/interdetto è necessaria la firma di un genitore/tutore

Rappresentante legale di _____ nato il _____
a _____ N. Documento identificativo _____

Dichiaro di:

- Aver letto e compreso l'informativa;
- Aver ricevuto informazioni sufficienti e comprensibili;
- Aver avuto risposte esaurienti ai chiarimenti richiesti.

E pertanto

- ACCONSENTO di sottopormi all'indagine proposta
- ACCONSENTO di sottopormi all'indagine proposta senza somministrazione di mdc
- NON ACCONSENTO di sottopormi all'indagine proposta

Data _____ Firma _____
(paziente, tutore o genitori in caso di minore)

Se, in qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'atto sanitario, volesse revocare il consenso è pregato di compilare la parte sottostante:

REVOCO IL CONSENSO

In data _____ Nome e Cognome _____

Firma

**** Il QUESTIONARIO PRELIMINARE ed il CONSENSO INFORMATO del paziente all'esecuzione dell'indagine RM devono necessariamente essere stampati su un unico foglio fronte / retro.**