

 Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo	CASA DI CURA VILLA PINI D'ABRUZZO	M-DI-02
	SERVIZIO DI RADIOLOGIA	
	INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER RISONANZA MAGNETICA (RM)	
		Rev. n. 10
		Ultima Rev.: 01/02/2023

Gentile Utente,

le seguenti informazioni vogliono renderLa consapevole del tipo di procedura a cui verrà sottoposta/o Lei o il Suo familiare. La preghiamo pertanto di leggerle attentamente.

Potrà comunque chiedere ulteriori chiarimenti al Suo Medico curante o al Medico Radiologo, prima dell'esecuzione dell'indagine.

CHE COSA È LA RISONANZA MAGNETICA (RM)

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

In relazione al tipo di patologia ricercata, può essere necessaria la somministrazione per via endovenosa di mezzo di contrasto (un farmaco a base di gadolinio) per migliorare il potere diagnostico della metodica.

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, essa 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.

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: 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 durante il primo trimestre di gravidanza.
- 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 Radiologo esaminatore.

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 preliminare" e dopo sottoscrizione del consenso informato.

In caso di esame con mezzo di contrasto:

La somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto (mdc) non presenta particolari complicanze. Generalmente, oltre alla sensazione di calore che potrebbe essere avvertita durante l'infusione, non si percepiscono altri disturbi.

In sporadici casi possono presentarsi nausea, vomito, orticaria.

Estremamente rare sono le complicazioni di particolare gravità quali: reazione allergica al mdc ed effetti collaterali a livello cardiaco, circolatorio, dei reni e del sistema nervoso, che richiedono un trattamento medico specifico.

Dopo l'iniezione, è necessario riferire immediatamente al personale sanitario qualsiasi segno o sintomo ritenga si sia manifestato durante l'esame (es. difficoltà di respirazione, gonfiore al viso o al collo, capogiri, prurito, eritema, orticaria).

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.

PREPARAZIONE NECESSARIA- RACCOMANDAZIONI

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;
- Relativamente all'emergenza Covid-19, indossare **mascherina priva di stringinaso metallico**.
- Segnalare la presenza di tatuaggi sulla pelle (potrebbero provocare irritazioni).

Per l'esecuzione di un esame che preveda la somministrazione di mezzo di contrasto è necessario:

- Portare in visione la **documentazione sanitaria precedente** di interesse all'esame da effettuare.
- Essere a digiuno da almeno 6 ore;
- Non bere latte né bevande alcoliche.
- Aver eseguito, da non oltre 30 giorni, un esame della **creatininemia** da portare il giorno dell'esame (serve a valutare la funzionalità renale).
- Di norma, effettuare la terapia farmacologica abitualmente assunta, salvo diversa indicazione del proprio Medico curante. Va sospesa invece:
 - l'eventuale terapia ipoglicemizzante per i **diabetici**, salvo diversa indicazione del Medico curante,
- Eseguire terapia desensibilizzante in caso di **allergie** (es. pregressa reazione avversa a seguito di esami strumentali con la medesima classe di MdC - chelati del gadolinio, a base di iodio), mastocitosi; asma bronchiale, orticaria o angioedema cronici/ricorrenti non controllata da terapia farmacologica; pregressa anafilassi idiopatica (di cui si ignora la causa scatenante). Il modello relativo alla terapia desensibilizzante da eseguire è disponibile sul sito internet della Casa di Cura.
- Sospendere per prudenza l'allattamento con latte materno nelle 24 ore successive alla somministrazione di mezzo di contrasto.

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE RM

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____
 Luogo di nascita _____ Prov. _____ Età _____ Peso in Kg _____
 Recapito Tel. _____ Non ricoverato Ricoverato (reparto: _____)

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

DA COMPILARE SOLO NEL CASO DI MEZZO DI CONTRASTO

		SI	NO
È allergico (es. asma allergico, allergie stagionali, shock anafilattico, punture d'insetto o altro)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai avuto precedenti reazioni allergiche ai mezzi di contrasto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note: se sì, ha eseguito terapia desensibilizzante? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

ANAMNESI

.....

.....

.....

.....

.....

A CURA DEL PERSONALE SANITARIO

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

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM, preso atto delle risposte fornite dal Paziente ed espletata l'eventuale visita medica ne autorizza l'esecuzione e firma in calce alla dichiarazione di consenso

NON NE AUTORIZZA L'ESECUZIONE PER

.....

Data _____ Firma del Medico _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome _____

Luogo di nascita _____ (Prov. _____) Data di nascita _____

DATI IDENTIFICATIVI DI EVENTUALI ALTRI TITOLARI CONSENSO:

Io sottoscritto/a Cognome e Nome _____

Luogo di nascita _____ (Prov. _____) Data di nascita _____

Documento identificativo _____

In qualità di: GENITORE (se Paziente minorenne) TUTORE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

ALTRO _____

Dichiaro di:

- aver letto e compreso l'informativa;
- di essere stato/a informato/a in modo completo ed esauriente sulle indicazioni cliniche dell'esame, sue finalità, modalità di esecuzione, alternative;
- di aver ricevuto risposte approfondite e comprensibili ai chiarimenti da me richiesti.

Pertanto

ACCONSENTO all'esecuzione dell'esame RM (anche con somministrazione di mdc)

NON ACCONSENTO all'esecuzione dell'esame RM

Firma del Paziente _____
(o del Titolare del consenso)

Data _____ Firma del Medico _____

In qualsiasi momento prima dell'esecuzione dell'atto sanitario è possibile revocare il proprio consenso

REVOCA DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a
Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____

REVOCO il consenso all'atto sanitario su indicato.

Firma del Paziente _____
(o del Titolare del consenso)

Data _____ Firma del Medico _____

** Il QUESTIONARIO PRELIMINARE ed il CONSENSO INFORMATO del Paziente devono necessariamente essere stampati fronte / retro.