

ESAME DI RISONANZA MAGNETICA SCHEDA INFORMATIVA

La presente deve essere consegnata dal personale sanitario che provvederà all'esecuzione dell'indagine RM e costituisce parte integrante della proposta di indagine RM che potrà essere inoltrata tramite il modulo predisposto o attraverso il sistema informatico aziendale (paz. Degenti o in DH).

DESCRIZIONE DELL' ESAME

L'esame di Risonanza magnetica (RM) viene effettuato senza impiego di raggi X o sostanze radioattive. Vengono utilizzati un forte campo magnetico ed onde di radiofrequenza analoghe a quelle delle trasmissioni radio-televisive.

L'esame non è doloroso. Il paziente dovrà rimanere immobile sul lettino per il tempo dell'esame (20 - 30 - 40 minuti circa), per consentire la raccolta di informazioni diagnostiche della migliore qualità: anche il minimo movimento può pregiudicare il risultato finale. In particolare negli esami del cranio, il paziente non deve muovere la testa, nè i muscoli della faccia (ad esempio inumidire le labbra con la lingua) o del collo (ad es. deglutire).

Durante tutto l'esame, il paziente sentirà un rumore ritmico, provocato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura. Le condizioni di illuminazione, ventilazione e temperatura sono regolate in modo da assicurare il massimo comfort. La conformazione tubolare dell'apparecchio ed il tempo necessario all'esecuzione dell'esame, possono indurre nel paziente sottoposto all'indagine RM una sensazione di "claustrofobia". Nella sala di comando è comunque presente il personale addetto, per tutta la durata dell'esame, che può essere chiamato in qualsiasi momento in caso di necessità.

La presenza sul corpo di tatuaggi, in particolare quelli eseguiti con pigmenti a base di metalli, può provocare irritazione cutanea.

L'esame può richiedere la somministrazione in vena di un prodotto farmaceutico (mezzo di contrasto contenente gadolinio), che rende più evidenti alcune parti del corpo. Questa sostanza di norma non determina inconvenienti, ma può provocare, seppur raramente, alcune reazioni (es. di tipo allergico). Inoltre, in alcuni pazienti affetti da insufficienza renale moderata o grave, la somministrazione di queste sostanze può, seppure raramente, provocare una severa reazione tissutale di tipo fibrotico (fibrosi nefrogenica sistemica); di tratta di un'affezione grave, talora con esito mortale, che può esordire in un lasso di tempo variabile da pochi giorni a un anno o più dalla somministrazione (di solito in dosi elevate); le prime manifestazioni cliniche della malattia consistono nella comparsa di lesioni cutanee rossastre e dolenti a livello degli arti; in tale caso è opportuna immediata consultazione medica. E' necessaria una valutazione anamnestico-clinica preliminare della funzione renale del paziente a cui si ritenga necessario eventualmente iniettare mezzo di contrasto; nei pazienti con insufficienza renale la somministrazione può avvenire solo dopo che il medico proponente l'esame e il radiologo hanno attentamente valutato il rapporto tra i rischi e benefici che la somministrazione stessa composta e l'impossibilità di ricorrere ad alternative diagnostiche efficaci.

Nei pazienti poco collaboranti vi può essere la necessità di sedazione più o meno profonda. Tali pazienti dovranno essere sottoposti agli accertamenti routinari preliminari ad una anestesia generale.

ISTRUZIONI

I pazienti da sottoporre ad indagine RM dovranno pervenire preferibilmente a digiuno per cibi solidi da 4 ore e informati sul tipo di indagine a cui saranno sottoposti.

Nel caso esistano dubbi sulla presenza nel corpo di parti metalliche (punti di sutura, clip, protesi) il paziente dovrà informare il Personale della U.O. di Radiologia, che potrà disporre l'esecuzione preliminare di radiogrammi, che consentano di verificarne l'effettiva presenza e la sede.

IL PAZIENTE PRIMA DI ACCEDERE ALLA SALA CONTENENTE IL MAGNETE DOVRA' :

- **spogliarsi dei propri abiti ed indossare solamente la biancheria intima (purché priva di ganci o altre parti metalliche metalliche [es.: alcune etichette]) ed il camice ospedaliero che troverà nello spogliatoio;**
- **depositare negli appositi contenitori tutti gli oggetti personali che potrebbero venire danneggiati dall'azione del campo magnetico: orologi, carte di credito, tessere magnetiche di qualsiasi tipo, telefoni cellulari;**
- **lasciare nello spogliatoio o riporre nei contenitori esterni tutti gli oggetti metallici (occhiali, forcine per capelli, spille, gioielli e anelli, monete, chiavi, fibbie, cinture, bretelle, ganci, protesi dentarie mobili), che possono essere attratti dal campo magnetico e provocare danni alla apparecchiatura o, comunque, interferire negativamente sulla qualità dell'esame;**
- **provvedere a togliere eventuali lenti corneali a contatto, poichè possono deformarsi;**
- **eliminare il trucco dal viso e dagli occhi, poichè la presenza di questo può interferire negativamente sulla qualità dell'esame.**

PROPOSTA DI INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA
(da compilare da parte del Medico curante)

Sig.: _____ nato il: _____ Peso (Kg): _____

Residente/Degente: _____ Tel. del domicilio: _____

Quesito diagnostico: _____

Distretto corporeo oggetto di indagine: _____

N.B. Si prega di rispondere a tutte le domande indicate e di firmare il modulo come consenso libero e informato all'esecuzione dell'esame. La mancata ottemperanza comporterà la nullità della richiesta.

A: poiché le seguenti condizioni costituiscono divieto tassativo all'esecuzione dell'indagine RM si dichiara che il paziente non è:

- 1) portatore di pace maker o dispositivi endocorporei ad attivazione magnetica (es. elettrodi, neurostimolatori)
- 2) portatore di protesi ferromagnetiche o di non accertabile compatibilità con i campi magnetici posizionate in sede endocranica, endoorbitaria, endovascolare o suscettibili di mobilità passiva.

B: poiché in presenza di elementi endocorporei metallici l'indagine RM sarà eseguibile solo previa valutazione dei rischi che la stessa può comportare, se ne deve dichiarare l'eventuale presenza e la conseguente compatibilità con i campi magnetici di elevata intensità.

Presenza NO SI Se SI, descrivere e indicare eventuale compatibilità

1) - compatibilità NO SI

2) - compatibilità NO SI

C: Il richiedente deve contattare il Servizio di Radiologia o Neuroradiologia dove è prevista l'effettuazione dell'esame nelle condizioni seguenti:

- 1) claustrofobia - 2) stato di gravidanza - 3) epilessia 4) presenza di IUD

Se si ritiene che l'esame possa prevedere la **somministrazione di mezzo di contrasto contenente gadolinio**, è indispensabile indicare se:

⇒ **NON RISULTA** / **RISULTA** la presenza di **insufficienza renale moderata o grave** (concausa di sclerosi nefrogenica sistemica). In caso di dubbio anamnestico - clinico, entro 30 gg prima dell'esame RM è necessario il dosaggio della creatininemia, il cui risultato il paziente deve portare con sé al momento dell'esecuzione dell'esame RM

Se risulta insufficienza renale moderata o grave, indicare:

- moderata (GFR 30-60 ml/min/1,73 m²)** **grave (GFR <30 ml/min/1,73 m²)**

⇒ **NON RISULTA** / **RISULTA** la presenza di **rilievi anamnestici di natura allergica** (causa di aumentato rischio) ed in particolare (eventualmente indicare): _____

*In tale evenienza si consiglia di attuare **terapia desensibilizzante** con antistaminici+cortisonici+anti-H2:*

<i>Terapia desensibilizzante</i>	<i>Sera precedente</i>	<i>Mattina dell'esame</i>
<i>Cetirizine cpr 10 mg</i>	<i>1 cpr</i>	<i>1 cpr</i>
<i>betametasona sodio fosfato cpr 0,5 mg</i>	<i>2 cpr</i>	<i>2 cpr</i>
<i>ranitidina cpr 150 mg</i>	<i>1 cpr</i>	<i>1 cpr</i>

ESAME DI RISONANZA MAGNETICA - CONSENSO INFORMATO

Si prega di firmare questa dichiarazione di consenso informato all'esecuzione dell'esame, confermando di aver letto il documento in ogni sua parte, compresa la scheda informativa allegata alla presente, di averne ben compreso il contenuto, e di avere compilato attentamente il questionario.

Se il paziente è ha età minore di anni 18 o è legalmente interdetto, il consenso deve essere rilasciato da un genitore o da una persona esercitante la potestà o la tutela.

Sono consapevole del fatto che il consenso può essere da me ritirato in qualsiasi momento.

DATA _____

Nome e Cognome del Medico Nome e Cognome del Paziente e/o dell'eventuale accompagnatore

Firma Medico

Firma del Paziente

e/o dell'eventuale accompagnatore

Ritiro il consenso

data _____

_____ (firma)