

	Regione del Veneto Istituto Oncologico Veneto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	 REGIONE DEL VENETO
	UOS Radiologia	
MODULO DI ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA (*)		Mod01-I_RAD_P04 Rev 00

Questionario somministrato da.....

(Indicare nome, cognome e qualifica professionale del membro dell'EQUIPE RM)

Dati del paziente

Cognome e nome

Data e luogo di nascita Peso (Kg).....

Indagine richiesta

Reparto/Medico richiedente l'esame RM.....

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 sfrutta l'impiego di intensi campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a RF. In alcuni tipi di indagini possono anche essere somministrate al paziente, per via endovenosa, alcune sostanze con proprietà paramagnetiche come mezzo di contrasto. Ad eccezione di tali casi, la RM si configura come un esame diagnostico non invasivo.

L'impiego del mezzo di contrasto a base di sostanze paramagnetiche è generalmente ben tollerato e non provoca alcuna sensazione particolare. Raramente possono comunque verificarsi episodi di ipersensibilità come orticaria o altri fenomeni allergici. In casi rarissimi sono stati riportati episodi di shock anafilattico. La somministrazione endovenosa del m.d.c. può provocare delle reazioni avverse che possono essere acute o tardive, spesso di grado lieve (nausea o vomito) o di grado medio (dispnea, broncospasmo, alterazioni pressorie e del ritmo cardiaco), rare sono le reazioni gravi (edema della glottide, shock anafilattico).

La preghiamo, pertanto, di **segnalare preventivamente al medico prescrivente la presenza di eventuali allergie a mezzi di contrasto o ad altre sostanze e/o la eventuale presenza di asma**. Il sito RM garantisce sempre e comunque la presenza di personale medico specializzato pronto ad intervenire in caso di emergenze mediche di tale genere.

Risulta nota una correlazione tra l'esposizione a mezzi di contrasto a base di Gadolinio e l'insorgenza di *Fibrosi Nefrogenica Sistemica (NSF)*, limitatamente a pazienti con funzione renale gravemente compromessa, patologia caratterizzata da ispessimento della cute e dei tessuti connettivi, debilitante e potenzialmente fatale.

È necessario, pertanto, che il suo medico prescrivente fornisca le informazioni relative alla funzionalità renale, oppure che Le prescriva un test di **funzionalità renale (prelievo di sangue) il cui risultato Lei dovrà esibire al momento dell'esecuzione della Risonanza con m.d.c.**

Nel caso di esami su donne in stato di gravidanza accertata o presunta, particolare attenzione è rivolta alla giustificazione, in particolare in regime di urgenza, e all'ottimizzazione dell'esame RM, nei confronti e tenendo conto sia della paziente che del nascituro. Nel corso dell'esame RM è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse. 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. È opportuno comunicare anche l'eventuale fase di allattamento del proprio figlio per concordare le eventuali modalità e tempi di interruzione in relazione all'effettuazione dell'esame RM.

Esecuzione dell'esame RM

I pazienti possono essere sottoposti all'esame RM solo previa esclusione di ogni possibile controindicazione all'esame RM, da accertarsi a cura del Medico Responsabile della prestazione diagnostica (MRP), previo utilizzo dell'apposito questionario anamnestico e del modulo di consenso informato.

La durata dell'esame RM varia in relazione a tipologia di esame RM eseguito, alle esigenze cliniche e al numero di distretti anatomici da esaminare. Durante la fase di acquisizione dati dell'esame RM sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchiatura RM. Le condizioni di ventilazione, illuminazione e temperatura sono tali da assicurare il massimo benessere, e ridurre possibili effetti claustrofobici. Durante la fase di esame è necessario rimanere tranquilli e **mantenere il massimo grado di immobilità** per non compromettere il risultato diagnostico dell'immagine. **La respirazione regolare e la deglutizione della saliva non disturbano l'esame.** In alcuni tipi di indagine **può essere richiesto al paziente di collaborare mediante atti respiratori e brevi periodi di apnea** al fine di migliorare la qualità diagnostica delle immagini.

Nella sala comando è sempre presente personale di servizio pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità. Il paziente è sempre in contatto vocale, acustico e visivo con gli operatori, che eseguono un controllo costante durante tutta la fase di esame.

In caso di insorgenza di disturbi, come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento, è opportuno che il paziente avverta quanto prima l'equipe RM, utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione.

Questionario Preliminare

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi. Tale questionario deve essere attentamente compilato dall'equipe RM e firmato dal Medico Responsabile della Prestazione Diagnostica, il quale, in relazione alle risposte fornite dal paziente, può concludere che non sussistano controindicazioni all'esame RM. La controfirma del paziente a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce – fra le altre, anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte falsi o mendaci ai quesiti sottoposti.

Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere:

- il vestiario personale (comprese calze di nylon) e indossare l'apposito camice monouso fornito dall'equipe RM
- apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili – cinta erniaria
- lenti a contatto - occhiali
- trucco per viso, lacca per capelli, fermagli per capelli, mollette e parrucche
- gioielli - orologi - carte di credito o altre schede magnetiche - coltelli tascabili - ferma soldi - monete - chiavi - ganci - automatici - bottoni metallici - spille - pinzette metalliche - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.

Ha eseguito in precedenza esami RM?	SI	NO
Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto?	SI	NO

Soffre di claustrofobia?	SI	NO
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	SI	NO
E' stato vittima di traumi da esplosioni?	SI	NO
Ha subito interventi chirurgici?	SI	NO
testa <input type="checkbox"/> collo <input type="checkbox"/> addome <input type="checkbox"/> estremità <input type="checkbox"/> torace <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>		
E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici nel corpo?	SI	NO
E' portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	SI	NO
E' portatore di schegge o frammenti metallici?	SI	NO
E' portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	SI	NO
Valvole cardiache?	SI	NO
Stents?	SI	NO
Defibrillatori impiantati?	SI	NO
Distrattori della colonna vertebrale?	SI	NO
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	SI	NO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	SI	NO
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI	NO
Atri tipi di stimolatori?	SI	NO
Corpi intrauterini?	SI	NO
Derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO
Protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari), viti, chiodi, filo, ...?	SI	NO
Altre protesi ? Localizzazione		
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?	SI	NO
È affetto da anemia falciforme?	SI	NO
È portatore di protesi del cristallino?	SI	NO
È portatore di piercing? Localizzazione	SI	NO
Presenta tatuaggi? Localizzazione.....	SI	NO
Sta utilizzando cerotti medicali ?	SI	NO

Creatinina: mg/dl – umol/l	Data:
Eventuali allergie:	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Specificare allergia:..... (**)	

L'utilizzo del m.d.c. RENDE NECESSARIO IL DIGIUNO DA ALMENO 6 ORE. E' consentito bere acqua ed assumere i farmaci di eventuali terapie in corso, che possono essere ingeriti all'orario previsto.

A cura del Medico Curante/Medico Prescrittore

In base ai dati anamnestici forniti dal paziente ed ai dati clinici attualmente in mio possesso non si rilevano discrepanze rispetto a quanto dichiarato dal Sig. (dati riportati in pagina)

Firma del Medico Curante/ Prescrittore

Data

.....

.....

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 l'esecuzione dell'indagine RM

Firma del Medico Radiologo

Data

.....

.....

Consenso informato all'esame RM

Il paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato (dalla scheda informativa inviata in sede di prenotazione e dal colloquio in data odierna) sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame.

Firma del paziente (***)

Data

.....

.....

Consenso informato alla somministrazione di mezzo di contrasto

Il paziente si ritiene sufficientemente informato (dalla scheda informativa inviata in sede di prenotazione e dal colloquio in data odierna) sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione.

Firma del paziente (***)

Data

.....

.....

Dichiarazione di stato di gravidanza certa o presunta Sì No

Firma del paziente (***)

Data

.....

.....

Ulteriori consensi informati

Consenso informato relativo a.....

(Inserire una nota esplicativa sui rischi legati alla specifica procedura)

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati all'esame RM. Preso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, dà il proprio consenso.

Firma del paziente (***)

Data

.....

.....

(*) Ai sensi del D.M. 14 Gennaio 2021

(**) In caso di allergia al m.d.c. a base di Gadolinio il paziente esegue, su indicazione medica, trattamento farmacologico adeguato.

(***) In caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci

