

1 – DATI DEL PAZIENTE, ANAMNESI E QUESITO CLINICO

Cognome e Nome

Data di nascita

Peso: Kg.

Altezza: cm.

Raccordo anamnestico:

Risultato indagini diagnostiche precedenti:

Esame richiesto:

Quesito clinico:

Nota Bene: Sulla base della Letteratura relativamente alle segnalazioni sulla FNS (Fibrosi Sistemica Nefrogenica), a seguito di impiego di alcuni agenti a base di Gadolinio, è necessario escludere l'esistenza di gravi nefropatie; a tale scopo si raccomanda, per i Pazienti nefropatici, la preliminare valutazione della funzionalità renale mediante dosaggio della creatinina e/o filtrato glomerulare (GFR).

- Il Paziente è affetto da grave insufficienza renale? SI NO

Creatininemia (valore.....)

Data Esame.....

Valido solo se espletato nell'arco dei 90 giorni precedenti

Timbro e Firma del Medico Curante:

**RISERVATO AL MEDICO DI BASE PER GLI ESAMI CON MDC
(IN CASO DI ALLERGIE, PRESCRIVERE I TRATTAMENTI RICHIESTI)**

ALLERGIE:	FARMACI	NOME COMMERCIALE	SERA PRECEDENTE ALL'ESAME	MATTINO DELL'ESAME
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	DELTACORTENE 25MG	Deltacortene 25mg	1CP	1CP

NOTA INFORMATIVA RELATIVA ALL'ESAME RM

La **RISONANZA MAGNETICA** 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.

Nel caso di esami su donne in stato di gravidanza accertata o presunta, molta attenzione è rivolta alla giustificazione, in particolare in regime di urgenza, e all'ottimizzazione dell'esame RM, nei confronti sia della Paziente che del nascituro. Nel corso dell'esame RM è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse. L'evenienza più probabile è rappresentata da una crisi di claustrofobia a carattere passeggero. 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. Il sito RM garantisce sempre la presenza di personale medico specializzato pronto ad intervenire in caso di emergenze mediche di tale genere.

MEZZO DI CONTRASTO: Talora la RM richiede l'iniezione di un tipo particolare di mezzo di contrasto, diverso da quello degli esami che si usano per i raggi X. Esso permette una migliore visualizzazione di alcuni organi e viene iniettato in una vena periferica, in genere della mano o del braccio. I mezzi di contrasto per RM sono prodotti estremamente sicuri e già somministrati a milioni di pazienti. In genere al momento dell'iniezione non si avverte nulla, ma occasionalmente sono possibili reazioni indesiderate. Queste possono essere:

minori (vampate di calore, starnuti, nausea, vomito, orticaria circoscritta), che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono rapidamente;

moderate o severe (orticaria diffusa, battiti cardiaci irregolari, difficoltà respiratorie, convulsioni o perdita di coscienza), che possono richiedere terapia medica. La probabilità di queste reazioni è di circa 1 su 6000 esami. Molto raramente, come avviene con altri farmaci, anche i mezzi di contrasto possono causare il decesso. La probabilità che ciò avvenga è di 1 su 5.000.000 di esami. Recentemente sono stati segnalati alcuni casi di una nuova complicanza in pazienti con grave insufficienza renale che deve essere esclusa prima di procedere alla somministrazione del mezzo di contrasto. Fattori di rischio per l'insorgenza di alcune di queste reazioni sono precedenti reazioni al mezzo di contrasto, asma bronchiale, allergie importanti. Esse vanno segnalate al Medico Radiologo, che può soprassedere all'utilizzo del mezzo di contrasto o consigliare una profilassi. Il personale medico e sanitario non medico del servizio di Diagnostica per Immagini è addestrato a trattare tali reazioni.

Nel caso si preveda l'uso di mezzo del contrasto, il Paziente deve contattare il personale medico/infermieristico per valutare la necessità del digiuno.

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.

INFORMAZIONI ANAMNESTICHE	Barrare la voce interessata
Ha eseguito in precedenza esami RM?	
Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto	
Soffre di claustrofobia?	
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	

INFORMAZIONI ANAMNESTICHE	<i>Barrare la voce interessata</i>
È stato vittima di traumi da esplosioni ?	
Ha subito interventi chirurgici su: <input type="checkbox"/> Testa <input type="checkbox"/> Collo <input type="checkbox"/> Addome <input type="checkbox"/> Estremità <input type="checkbox"/> Torace <input type="checkbox"/> Altro?	
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo	
È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ?	
E portatore di schegge o frammenti metallici?	
È portatore di clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ?	
È portatore di valvole cardiache?	
È portatore di stents?	
È portatore di defibrillatori impiantati ?	
È portatore di distrattori della colonna vertebrale?	
È portatore di pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	
È portatore di corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	
È portatore di neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	
È portatore di altri tipi di stimolatori?	
È portatrice di dispositivi intrauterini?	
È portatore di derivazione spinale o ventricolare?	
È portatore di protesi dentarie fisse o mobili?	
È portatore di protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.?	
Altre protesi ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se sì, dove?	
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?	
È affetto da anemia falciforme?	
È portatore di protesi del cristallino?	
È portatore di piercing?	
Presenta tatuaggi ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se sì, dove?	
Sta utilizzando cerotti medicali?	
Informazioni supplementari	
Gravidanza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Allattamento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data ultime mestruazioni

ESECUZIONE DELL'ESAME RM

Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere:
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 - calze di nylon - indumenti in acrilico - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.
Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

AUTORIZZAZIONE ALL'ESECUZIONE

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

.....
Firma del Medico Responsabile dell'esame RM

.....
Data

.....
Firma del Medico Anestesista (in caso di indagine con mdc)

.....
Data

CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME RM

Il Paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente all'esecuzione dell'esame.

.....
Firma del Paziente (o del Tutore Legale/ in caso di minori)

.....
Data

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO

Il Paziente si ritiene sufficientemente informato 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 (o del Tutore Legale/ in caso di minori)

.....
Data