

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

Questionario somministrato da.....

(Indicare Nome, Cognome e qualifica professionale del membro dell'EQUIPE RM)

Dati del paziente

Cognome Nome

Data e luogo di nascita Peso (Kg)

Residenza Recapito Tel.

Indagine richiesta

Reparto/Medico richiedente l'esame RM

Motivo dell'indagine.....

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 indagine 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, 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'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 a 3d intervenire in caso di emergenze mediche di tale genere.

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.

Per effettuare l'esame RM è necessario che il paziente, ove del caso supportato dal personale di servizio:

- tolga eventuale trucco per il viso e lacca per capelli;
- depositi nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, ecc.);
- tolga eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito;
- tolga lenti a contatto o occhiali;
- si spogli, e successivamente indossi l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio;
- utilizzi la cuffia o gli appositi tappi auricolari fornitigli.

La durata media dell'esame RM è approssimativamente pari a 30 minuti, ma può variare in relazione a 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 il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM, utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione.

Pazienti di sesso femminile portatrici di IUD (corpi intrauterini) devono essere informate che esiste la possibilità, a causa del campo magnetico, di spostamento di tali dispositivi, a seconda del materiale di cui sono costituiti.

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.

La preparazione preventiva l'esame RM con Mdc consiste nell'esecuzione dei seguenti esami di laboratorio: Creatininemia con eGFR degli ultimi 30 giorni, azotemia, GOT e GPT .

Si raccomanda digiuno assoluto per almeno 6 ore prima dell'esecuzione dell'esame. Si raccomanda di portare in visione tutta la documentazione medica e eventuali esami precedenti. Ove necessario, in mancanza degli esami di laboratorio o del modulo debitamente compilato e firmato dal medico curante, l'esame richiesto non potrà essere eseguito.

SINTESI INFORMATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO IN RM

In alcuni tipi di indagini possono essere somministrate al paziente, per via endovenosa, alcune sostanze con proprietà paramagnetiche come mezzo di contrasto. L'impiego del mezzo di contrasto a base di sostanze paramagnetiche è generalmente ben tollerato e non provoca alcuna sensazione particolare. *Le caratteristiche di tali farmaci permettono tranquillità di impiego, "pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione iniettabile"* (Circolare del Ministero della Sanità 900.VI/11.AG./642 del 17.9.97). I pazienti con insufficienza renale lieve devono eseguire preliminarmente il dosaggio della CREATININA del sangue (ESUR 2012) e presentarlo al personale medico della sezione di RM per poterne valutare la funzionalità renale. Infatti i pazienti affetti da **insufficienza renale moderata e severa** ai quali venga somministrato per via endovena un mezzo di contrasto a base di Gadolinio sono esposti maggiormente al rischio di sviluppare una rara patologia nota con il nome di **Fibrosi Sistemica Nefrogenica (FSN)**. La FSN è una patologia rara caratterizzata da ispessimento della cute e dei tessuti connettivi, debilitante e potenzialmente fatale. **In base alle recenti evidenze in letteratura, l'uso del mezzo di contrasto a base di Gadolinio, in pazienti considerati ad alto rischio, nei dializzati e/o sottoposti a trapianto renale, è strettamente legato ad una scelta consapevole e condivisa tra il clinico richiedente e medico radiologo, nel rispetto del minor costo biologico e migliore risposta diagnostica.** 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.** E' opportuno comunicare anche l'eventuale fase di allattamento del proprio figlio per concordarne le eventuali modalità e tempi di interruzione in relazione all'effettuazione dell'esame RM. La somministrazione del mezzo di contrasto può talora comportare alcuni lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito) che un'incidenza non prevedibile e quantificabile ma comunque molto bassa, può indurre anche reazioni allergiche gravi fino allo shock anafilattico. **E' necessario quindi comunicare al Medico Responsabile dell'esame ogni eventuale tipo di allergia prima dell'esame stesso.** Il sito RM garantisce sempre la presenza di personale medico specializzato pronto ad intervenire in caso di emergenze mediche di tale genere.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

La **preparazione preventiva** l'esame RM con Mdc consiste nell'esecuzione dei seguenti esami di laboratorio:

- **Azotemia;**
- **Creatinemia con eGFR;**
- **GOT e GPT;**

N.B : gli esami di laboratorio non devono essere più vecchi di 1 mese dalla data di esecuzione dell'esame RM.

Si raccomanda digiuno assoluto per almeno 6 ore prima dell'esecuzione dell'esame.

Si raccomanda di portare in visione tutta la documentazione medica e eventuali esami precedenti.

Ove necessario, in mancanza degli esami di laboratorio, delle indagini radiologiche precedenti o del modulo debitamente compilato e firmato dal medico curante, l'esame richiesto non potrà essere eseguito.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI FINI DELLA PRIVACY

Consenso del paziente al trattamento dei dati personali

ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30 Giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", in vigore il 1° gennaio 2004.

Il paziente autorizza il trattamento dei dati personali forniti in sede di anamnesi al solo scopo di poter verificare da parte del medico responsabile dell'esame diagnostico la presenza di eventuali controindicazioni legate all'esame RM ed alla possibilità di poter somministrare o meno eventuali MDC / sedativi o eseguire particolari procedure di preparazione pre-esame. Si autorizza altresì, a seguito dell'esame, la conservazione da parte della struttura sanitaria dei questionari utilizzati contenenti i propri dati sensibili, prevista ai sensi del DM 2.8.91, i cui dati non potranno però essere utilizzabili per scopi diversi da quelli legati ad eventuali verifiche di merito a carattere medico-legale - effettuate anche a distanza di tempo - relative all'espletamento dell'esame stesso.

Firma del Paziente

Data

• Ha eseguito in precedenza RM ?	SI	NO	
• Ha avuto reazione allergiche dopo mezzo di contrasto ?	SI	NO	
• Soffre di claustrofobia ?	SI	NO	
• Hai 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	
• E' in stato di gravidanza ? (Ultime mestruazioni avvenute	SI	NO	
• Ha subito interventi chirurgici su : testa..... addome..... collo..... estremità..... torace..... altro.....	SI	NO	
• E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo ?	SI	NO	
• E' portatore di:	Pace-Maker cardiaco o altri tipo di cateteri cardiaci ?	SI	NO
	Schegge o frammenti metallici ?	SI	NO
	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? Altri tipi di stimolatori?	SI	NO
	Corpi intrauterini ?	SI	NO
	Derivazione spinale o ventricolare ?	SI	NO
	Protesi dentarie fisse o mobili ?	SI	NO
	Protesi metalliche (pregresse fratture, interventi correttivi articolari), viti, chiodi, filo ?	SI	NO
Altre protesi ? (Localizzazione.....)	SI	NO	
• Ritieni di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza ?	SI	NO	
• Informazioni supplementari	E' affetto da anemia falciforme ?	SI	NO
	E' portatore di protesi del cristallino?	SI	NO
	E' portatore di piercing, ha tatuaggi ? (Localizzazione.....)	SI	NO
	Sta utilizzando cerotti medicali ?	SI	NO

Per effettuare l'esame RM occorre togliere: 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.

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

Firma Medico Responsabile dell'esame RM

Data

CONSENSO INFORMATO del paziente all'esecuzione dell'indagine 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 (*)

Data

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

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISENNO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

Informato/a Dal Dott. _____ sul tipo di indagine diagnostica RM da eseguire
Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.
- Presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto
- Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi son stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto l'indagine proposta

rifiuto l'indagine proposta

Il Medico radiologo _____

Firma del paziente _____

Segue modulo di informazione per la richiesta di indagini radiologiche con mezzi di contrasto per via iniettiva (circolare ministero sanità 17/09/1997) che deve essere compilata in ogni sua parte dal Medico richiedente l'esame.

Modulo per la richiesta di indagini radiologiche con mezzi di contrasto paramagnetici per via iniettiva

Per il/la Sig./ra _____ propongo l'indagine _____ per la seguente motivazione clinica/sospetto diagnostico:

La valutazione clinico-anamnestica per il Sig./ra risulta

- **NEGATIVA** per comprovato rischio allergico a contrasti iodati o altre sostanze, gravi, forme di insufficienza epatica, renale o cardiovascolare, paraproteinemia di Waldstrom o mieloma multiplo. Non esistono pertanto controindicazioni all'uso di mezzi di contrasto paramagnetici per via iniettiva.
- **POSITIVA** per
 - comprovato rischio allergico a mezzi di contrasto od altre sostanze
 - insufficienza epatica grave
 - nsufficienza renale grave
 - insufficienza cardiovascolare grave
 - paraproteinemia di Waldestroem

Il **Medico richiedente l'indagine** o il **Medico Curante** _____

ATTENZIONE: i pazienti con **DIATESI ALLERGICA POSITIVA** (episodi di tipo allergico importante quali reazioni anafilattiche, asma bronchiale scatenato da farmaci/pollini/erbe/polveri, dermatiti da contatto, orticaria, allergie alimentari e reazione a farmaci) effettueranno, previa approvazione da parte del Medico Curante, la seguente **terapia desensibilizzante** prima dell'esecuzione dell'esame, che prevede:

- • 12 ore prima dell'esame:
 - a) 2 compresse di DELTACORTENE da 25 mg
 - b) 1 compressa di ZIRTEC da 10 mg
 - c) 1 compressa di PANTOPRAZOLO da 40 mg
 - • 6 ore prima dell'esame: 2 compresse di DELTACORTENE da 25 mg
 - • 1 ora prima dell'esame:
 - a) 1 compressa di DELTACORTENE da 25 mg
 - b) 1 compressa di ZIRTEC da 10 mg
 - c) 1 compressa di PANTOPRAZOLO da 40 mg
- Se in terapia con B Bloccante sospendere 3 giorni prima dell'esame sostituendolo con altro farmaco in accordo con il cardiologo;
- Se in terapia con Metformina sospendere il giorno prima e il giorno dell'esame.
- In caso di paziente allergico e diabetico, se l'esame con mdc è strettamente necessario, si consiglia esecuzione dello stesso in regime di ricovero, al fine di monitorare i livelli glicemici, che potrebbero risultare alterati dalla profilassi cortisonica.

N:B L'assunzione di antistaminici può provocare sonnolenza. Occorre quindi evitare dopo l'assunzione di mettersi alla guida .

Il paziente Sig. _____ dichiara di aver eseguito al proprio domicilio la profilassi per rischio allergico secondo lo schema di cui sopra.

Firma del Paziente _____

data _____