



ECORAD SRL – STUDIO DI RADIOLOGIA CLINICA

Dir. Sanitario: Dott.ssa B. Bozzao

Via Palombarese 100 – Marco Simone – 00012 Guidonia Roma

Tel. 0774/366910 - Cell. 3404880401

ANAMNESI E CONSENSO RISONANZA MAGNETICA

Cognome Nome Paziente #COGNOME# #NOME#

Tipologia Esame: #LIESA#

Informazioni Anamnestiche

1. CHE COS'E'

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive.

La Risonanza Magnetica di base si configura come un esame diagnostico non invasivo e in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza.

Tuttavia è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.

2. A COSA SERVE

Viene utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico dell'encefalo e della colonna vertebrale, dell'addome, pelvi, dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico (articolazioni, osso, tessuti molli).

3. COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene sdraiato su un lettino e in relazione al tipo di organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare, queste non provocano dolore o fastidio essendo appoggiate all'esterno del corpo, ad eccezione delle bobine endorettali.

Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio.

Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa.

4. COSA PUO' SUCCEDERE- EVENTUALI COMPLICANZE

Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame.

5. PREPARAZIONE NECESSARIA –RACCOMANDAZIONI

I pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono collaborare con il Medico (Responsabile della Prestazione Diagnostica) al fine di una corretta compilazione di un apposito "*questionario anamnestico*" (di seguito riportato) utile ad escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

Si raccomanda quanto segue:

- depositare 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, etc),
- togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito,
- togliere lenti a contatto o occhiali,
- spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio,
- utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio.

Si raccomanda di evitare di truccare il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini.

Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

6. MEZZO DI CONTRASTO

La somministrazione del mezzo di contrasto per via endovenosa è parte integrante dell'esame RM e, in alcuni tipi di indagine, è indispensabile per una corretta diagnosi.

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 endovenosa 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.

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. È necessario quindi comunicare al Medico Responsabile dell'esame ogni eventuale tipo di allergia prima dell'esame stesso.

Il personale sanitario dell'Unità Operativa è sempre presente all'interno della struttura per garantire un pronto intervento in caso di emergenza. L'impiego del Gadolinio nelle donne in gravidanza richiede la valutazione del rapporto rischio/ beneficio. (Xagena2003) Fonte: UCSF (University of California San Francisco), quindi l'eventuale stato di gravidanza deve essere preventivamente comunicato al Medico Responsabile dell'esame RM.

A tal proposito si informa che i mezzi di contrasto Gd-chelati, a basso dosaggio, non creano problemi.

È 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. -

Ogni eventuale chiarimento in merito all'esecuzione dell'esame RM con mezzo di contrasto può essere richiesto al personale dell'Unità Operativa.

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

CONTROINDICAZIONI AL TRATTAMENTO

La possibilità di reazioni anche gravi, pericolose per la vita, fatali, anafilattiche o cardiovascolari o di altre reazioni di idiosincrasia deve essere sempre considerata, specialmente in quei Pazienti con ipersensibilità o con anamnesi di asma o altre patologie respiratorie allergiche.

Per ogni ulteriore chiarimento il personale Medico è a Sua completa disposizione.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

QUESTIONARIO SOMMINISTRATO DA:

(NOME, COGNOME, QUALIFICA PROFESSIONALE MEMBRO EQUIPE RM)

Il “questionario anamnestico” ha lo scopo di accertare l’assenza di controindicazioni all’esame e deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame che, per le sue valutazioni, si avvale anche delle risposte fornite dal paziente o dal tutore legale (ad esempio in caso di minore).

Questionario Preliminare

☐ 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
☐ È stato vittima di traumi da esplosioni?	SI	NO
☐ È in stato di gravidanza certa o presunta?	SI	NO
☐ Ha subito interventi chirurgici su:	SI	NO
☐ Testa ☐ Collo ☐ Addome ☐ Estremità ☐ Torace ☐ Altro: _____		
☐ È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all’interno del corpo?	SI	NO
☐ È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	SI	NO
☐ È portatore di schegge o frammenti metallici?	SI	NO
☐ È 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
☐ 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 (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.?	SI	NO
☐ Altre protesi? Localizzazione _____	SI	NO
☐ Ritene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all’interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?	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

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.

CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA					
(L.219/2017 – Determina Regione Lazio G00642 del 25.01.2022 e DM 14 Gennaio 2021)					
COGNOME	#COGNOME#	NOME	#NOME#		
DATA E LUOGO DI NASCITA		#DATANASCITA# #COMNASCITA#		PESO	
RESIDENZA	#INDIRIZZO#	RECAPITO TEL	#TELEFONO1#		
MAIL per invio referto	#MAIL#				
DOCUMENTO DI IDENTITA'		N°		DEL	
IN QUALITA' DI	DIRETTO INTERESSATO RAPPRESENTANTE LEGALE DI _____				
INDAGINE RICHIESTA					

DICHIARO

- di essere stata/o esaurientemente informata/o sulla procedura alla quale sarò sottoposta/o e da me richiesta; eventuali alternative, benefici attesi e possibili rischi ed effetti collaterali.
- di essere stata/o informata/o che la procedura proposta è quella che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali.
- di essere stata/o adeguatamente informata/o dal Medico sulle possibili controindicazioni e sono, pertanto, consapevole della necessità di dichiarare eventuali patologie, condizioni o terapie farmacologiche che mi riguardano. Non fornendo informazioni veritiere riguardo la mia storia clinica vada incontro a possibili complicanze e/o effetti collaterali.
- di essere stata/o adeguatamente informata/o sulle misure di sicurezza da seguire prima, durante e dopo il trattamento.
- di essere stata/o informata/o sugli obiettivi della procedura.
- di aver rispettato le indicazioni relative l'esame.
- di essere stata/o informata/o 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.
- che tutte le nozioni mi sono state esaurientemente illustrate dal Medico e da me completamente comprese, e che ho anche ricevuto e letto una dettagliata informazione in merito a tale procedura e avuto risposte chiare ed esaurienti a tutte le mie domande.

PERTANTO

☐ ACCONSENTO	☐ NON ACCONSENTO
--	--

LIBERAMENTE E CONSAPEVOLMENTE ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

DATA	
Nome e Cognome del Paziente* #COGNOME# #NOME#	Firma

(*) Per Pazienti minori firma dei genitori o esercente potestà genitoriale (associare documento)

II MEDICO, che preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

☐ AUTORIZZA	☐ NON AUTORIZZA
---	---

L'esecuzione dell'indagine RM

Nome e Cognome del medico	Firma
---------------------------	-------

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO

Il paziente ritiene di essere stato 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.

Creatinina _____

Lotto



Firma del paziente _____

Data _____

Firma del medico _____

Data _____

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 "**Regolamento o GDPR**", Ecorad S.r.l. (il "**Titolare**"), raccoglie Dati Personali dell'Interessato per finalità di cura, amministrative, di comunicazione e di adempimento agli obblighi di legge. I dati raccolti verranno conservati per il tempo minimo necessario al completamento della finalità per cui vengono raccolti.

I dati raccolti sono trattati secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza e con l'adozione di idonei livelli di sicurezza, non sono diffusi o trasferiti a terzi se non per il raggiungimento della finalità per cui vengono raccolti.

Tramite richiesta al Titolare l'Interessato può esercitare i propri diritti di accesso, portabilità, rettifica, cancellazione, limitazione, revoca del consenso prestato, opposizione.

L'Interessato può proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali (in Italia, www.garanteprivacy.it), o all'Autorità Garante dello Stato dell'UE in cui risiede abitualmente o lavora, oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione.

L'informativa Privacy completa è disponibile sul sito www.ecoradsrl.org

Firma del paziente _____