

**QUESTIONARIO PER IL CONSENSO ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA**

COGNOME.....	NOME.....
Data e luogo di nascita .....	Peso (Kg) .....
Residenza .....	Recapito Tel. ....
Indagine richiesta .....	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 radiofrequenza (RF). La RM senza utilizzo di mdc endovena si configura come un esame diagnostico non invasivo.

L'esame RM, 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. Sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi statici di induzione magnetica e alle onde elettromagnetiche RF utilizzati per indagini diagnostiche mediante RM, è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante la gravidanza. 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.

**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.

**Dopo L'esame:** il paziente potrà, qualora ritenuto necessario, essere ritenuto in osservazione in sala d'attesa per circa 30 minuti dopo l'esecuzione dell'indagine, successivamente potrà riprendere le ordinarie attività.

**Eventi avversi:** alcuni studi richiedono l'uso del m.d.c. paramagnetico, che le sarà somministrato per via endovenosa, al riguardo la informiamo che le caratteristiche di tali farmaci "permettono tranquillità di impiego, pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione iniettabile". Durante l'infusione in bolo del m.d.c. vi è la possibilità che, per cause anatomiche o fragilità della vena, si possa verificare la rottura del vaso con conseguente stravasamento del m.d.c.; in questo caso la tumefazione sarà trattata con pomate sintomatiche ed impacchi eventualmente da proseguire a domicilio.

**Questionario Preliminare:** Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato 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 sottopostigli.

**Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere:** eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinto erniario - 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

## QUESTIONARIO PER IL CONSENSO ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

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.

Ha eseguito in precedenza esami RM?	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
Ultime mestruazioni avvenute: .....		
Ha subito interventi chirurgici su:		
<i>testa collo addome estremità torace altro.....</i>		
E' a conoscenza di avere dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	SI	NO
E 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
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, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.?	SI	NO
Altre protesi ?Localizzazione .....	SI	NO
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? Informazioni supplementari .....	SI	NO
È affetto da anemia falciforme?	SI	NO
È portatore di protesi del cristallino?	SI	NO
E portatore di piercing? Localizzazione .....	SI	NO
Presenta tatuaggi?Localizzazione.....	SI	NO
Sta utilizzando cerotti medicali?	SI	NO

### Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

preso atto delle risposte fornite dal paziente, della richiesta medica allegata ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari,

giustifica e autorizza l'esecuzione dell'indagine RM

Firma del Medico Radiologo

Timbro e Firma del Medico Curante o Specialista

### 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 l'esecuzione dell'esame.

Firma del Paziente

Data

Io sottoscritto Sig.ra/re.....ho preso visione delle informazioni relativamente alla procedura radiologica proposta ed ho ricevuto risposte chiare ed esaurienti ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come in molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi od eventi avversi, che nel mio caso specifico mi sono stati adeguatamente illustrati. Mi è stato comunicato che sono state comunque predisposte tutte le idonee misure e precauzioni per prevenire e/o fronteggiare ogni eventuale complicanza.

### **PERTANTO DICHIARO**

- Acconsentire** allo svolgimento dell'indagine  con MdC  senza Mdc  
 **Non acconsentire** allo svolgimento dell'indagine

Firma del Paziente

Data

**Premedicazione:**

- a) Precedenti reazioni avverse all'uso di M.d.C indipendentemente dal fatto che siano state lievi (urticaria, broncospasmo lieve etc...) o gravi (grave broncospasmo, collasso etc...);
- b) Asma bronchiale;
- c) Quadro allergico di gravità tale da richiedere una terapia medica in atto (rinite allergica in terapia con vasocostrittori nasali etc...);
- d) Pregresse gravi reazioni allergiche con manifestazioni potenzialmente letali (edema laringeo etc...);
- e) Diatesi allergica con multiple allergie a diverse sostanze.

In caso di anamnesi positiva per precedenti reazioni di tipo allergico a mezzi di contrasto o gravi reazioni allergiche a farmaci si raccomanda la seguente premedicazione desensibilizzante

- 24 ore prima dell'esame 4 compresse di Prednisone da 25 mg (1 compressa ogni 6 ore) oppure 4 fiale di Metilprednisolone da 20 mg endovena (1 fiale ogni 6 ore)
- 3 ore prima dell'esame assumere 1 compressa di Prednisone da 5 mg
- 12 ore dopo l'esame assumere 1 compressa di Prednisone da 25 mg oppure 1 fiale di Metilprednisolone da 20 mg endovena

L'esame radiologico non verrà eseguito qualora il paziente con anamnesi positiva per reazioni allergiche non risultasse preparato secondo le prescrizioni sopra specificate.

Timbro e Firma del Medico Curante o Specialista

Data

.....

.....

**Si ricorda al paziente che il giorno dell'esame dovrà presentarsi:**

- digiuno da sei ore
- valore della creatinina con GFR
- richiesta medica
- esami precedenti
- questionario compilato e firmato dal Medico Curante o Specialista
- presentarsi circa 10 minuti prima rispetto all'orario dell'appuntamento