

MODELLO INFORMATIVO E CONSENSO ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA CON M.D.C.

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive ma campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive. La RM 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 ed è 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 le indagini RM, **è prudente non effettuare l'esame RM in Pazienti durante il primo trimestre di gravidanza**; nei casi di effettiva e improrogabile necessità, il caso sarà esaminato assieme allo specialista.

ESECUZIONE DELL'ESAME RM

L'indagine può richiedere un tempo variabile da 20 a 40 minuti per distretto corporeo da esaminare.

Durante l'esecuzione della procedura, le chiediamo di mantenere l'assoluta immobilità dato che movimenti anche piccoli possono deteriorare la qualità delle immagini.

Durante l'esame l'apparecchiatura produrrà un rumore intenso e ritmico, causato dal suo normale funzionamento.

Nella sala comando è sempre presente personale di servizio pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità. Il Paziente è sempre in contatto vocale e visivo con gli operatori che vigilano per tutta la durata dell'esame. In caso di insorgenza di disturbi quali sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento, è opportuno che il Paziente avvisi gli operatori utilizzando l'apposito dispositivo di segnalazione.

SI RACCOMANDA AL PAZIENTE DI:

- asportare dal volto eventuali cosmetici, lacca per capelli ed hair extension;
- lasciare nello spogliatoio eventuali oggetti metallici (fermagli per capelli, forcine, mollette, occhiali, fibbie, orologio, chiavi, orecchini, catenine, piercing, ecc....), i tesserini magnetici, le carte di credito e i cellulari;
- togliere eventuali apparecchi per l'udito, dentiere, corone temporanee mobili, cinta sanitaria, lenti a contatto;
- indossare solamente il camice ospedaliero e i sovra-scarpe che troverà nello spogliatoio;
- esibire la documentazione clinica, radiologica e strumentale relativa ad accertamenti precedentemente eseguiti.

IMPIEGO DEL MEZZO DI CONTRASTO

Durante l'esame di risonanza magnetica è talvolta necessario somministrare un mezzo di contrasto paramagnetico, ossia un liquido che ci permetterà di vedere meglio i suoi organi. Esso viene iniettato in una vena del braccio prima di acquisire le immagini. I mezzi di contrasto attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri e sono stati somministrati a milioni di Pazienti ma, occasionalmente, possono dare dei problemi.

I tipi di reazioni che si manifestano in casi sporadici sono:

1. **reazioni minori**, come starnuti o nausea. Queste reazioni non richiedono alcuna terapia medica
2. **reazioni severe**: queste reazioni richiedono di solito una terapia medica e comprendono ad esempio difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari, convulsioni o perdita di coscienza. Assai raramente, come succede con molti farmaci, i mezzi di contrasto possono causare il decesso.

In casi estremamente rari e solo in pazienti affetti da insufficienza renale grave o sottoposti a dialisi è stata segnalata una fibrosi progressiva nefrogenica (NSF).

Con l'utilizzo del mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa, si consiglia di presentarsi a digiuno.

In caso di anamnesi positiva per pregresse reazioni allergiche a mezzi di contrasto, si contatti il personale medico o la segreteria per la procedura di premedicazione.

Questionario Preliminare All'esecuzione di un Esame di Risonanza Magnetica

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____		
Data di Nascita ____/____/____ Peso _____ kg Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> è portatore di:		
	SI	NO
Clips vascolari ferromagnetiche		
Pacemaker cardiaco o altri tipi di catetere cardiaco		
Dispositivi elettromedicali non rimovibili (defibrillatori, neurostimolatori)		
Alcuni impianti cocleari e protesi stapediali		
Protesi del cristallino con anse e punti intraoculari ferromagnetici (rari)		
Filtri, stent e spirali endovascolari ferromagnetici (solo entro 6 settimane)		
Catetere di Swan-Ganz;		
Corpi estranei ferromagnetici contigui a vasi, occhi, ecc. (protesi dentarie...)		
Pompa di infusione per insulina e/o altri farmaci		
Medicazioni transdermiche che contengano metalli (cerotti medicali)		
Corpi estranei ferromagnetici in sedi non vitali		
Clips o altri dispositivi metallici non ferromagnetici		
Filtri, stent o spirali di qualsiasi tipo, dopo 6 settimane dall'impianto		
Vecchi tipi di shunt ventricolo-peritoneali		
Protesi ortopediche metalliche (indicare la sede)		
Protesi mammarie		
IUD (spirale) e diaframmi uterini		
Soffre di claustrofobia?		
Tatuaggi e piercing (indicare la sede)		
Lavora o ha lavorato come saldatore, tornitore, carrozziere?		
È stato vittima di incidenti stradali o di caccia?		
È stato vittima di traumi da esplosione?		
Anemia falciforme?		
Valvola cardiaca?		
Ha subito interventi chirurgici? (indicare la sede)		
È in stato di gravidanza?		
Data ultima mestruazione :		

In caso di risposta affermativa a controindicazioni relative è necessario fornire documentazione di compatibilità magnetica da parte della Struttura che ha effettuato l'intervento.

Forme di insufficienza renale grave: SI NO

Se sì: Creatininemia (mg/dl) : _____
 GFR (stimato con formula MRDR) : _____

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 Paziente.

DATA _____

 (Timbro e Firma del Medico Proponente)

Data _____

 (Firma del Paziente)

Il sottoscritto DICHIARA di aver fornito consapevolmente tutte le informazioni utili alla compilazione del questionario e di

ACCETTARE **NON ACCETTARE**

liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

Data _____ Firma paziente _____

Si dà atto che, a causa delle sue condizioni (.....)
il paziente non è in grado di prestare il proprio consenso in forma scritta e che il suo consenso orale è stato raccolto dal Dr. alla presenza di

1) _____ nato a _____ il _____
2) _____ nato a _____ il _____

Data _____.

Timbro e Firma del Medico

Firma del Testimone 1) _____

Firma del Testimone 2) _____

ESECUZIONE

Il sottoscritto Dott./ssa _____ medico esecutore dell'atto sanitario _____ oggetto del presente consenso, dichiara di aver effettuato un ulteriore colloquio di approfondimento con il paziente e di aver verificato la trasmissione dell'informazione e la accettazione del paziente alla procedura.

Data _____ Timbro e firma del medico esecutore _____

REVOCA

Io sottoscritto/a _____

Dichiaro di voler REVOCARE il consenso

Data _____

Firma del paziente (o di entrambi i genitori o del legale rappresentante)

