

 <p>Regione Lombardia</p>  <p>ASL Varese</p>	<p style="text-align: center;">ESAMI</p> <p style="text-align: center;">di RISONANZA MAGNETICA</p> <p>NOTA INFORMATIVA QUESTIONARIO ANAMNESTICO, CONSENSO INFORMATO PREPARAZIONE PAZIENTE ALLERGICO</p>	<p>Ospedale di Circolo</p>  <p>Fondazione Macchi</p>
--	---	---

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE

L'esame con **Risonanza Magnetica** viene effettuato senza l'impiego di raggi X, utilizzando solo un forte campo magnetico ed onde a radiofrequenza.

L'esame non è doloroso né fastidioso. Lei dovrà solo mantenere per un certo tempo l'assoluta immobilità sul lettino.

Durante l'esame sentirà un rumore ritmico che dipende dal normale funzionamento dell'apparecchiatura.

La durata dell'indagine può essere molto diversa in rapporto al tipo di esame (20 minuti - 1 ora).

Il nostro personale è sempre presente a Sua disposizione per qualsiasi necessità.

SI PREGA DI PORTARE CON SE TUTTI GLI ESAMI RADIOLOGICI E STRUMENTALI PRECEDENTI ED EVENTUALI COPIE DI CARTELLE CLINICHE INERENTI AL QUESITO DIAGNOSTICO

Scheda QUESTIONARIO ANAMNESTICO

La presente scheda è parte integrante della documentazione clinica del Paziente e deve essere consegnata **debitamente compilata e firmata dal Paziente e dal Medico Prescrivente dell'esame.**

Nome e Cognome

nato il peso (Kg)

Nazionalità

Intervento di mediatore/interprete : SI NO

Esame Proposto:

.....
.....

Quesito Diagnostico (campo obbligatorio):

.....
.....
.....
.....

segue

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE all'esecuzione dell' ESAME RM <i>L'indagine non può essere eseguita in presenza di una di queste situazioni</i>		
Paziente Portatore di pace-maker cardiaco ;	SI	NO
Paziente Portatore di schegge o frammenti metallici in sede oculare, viscerale o intracranica;	SI	NO
Paziente Portatore di impianti a rete metallica, espansori tissutali (mammella)	SI	NO
Paziente Portatore di protesi metalliche, impianti cocleari e protesi stapediali, placche o viti, fili, chiodi, distrattori della colonna, clips vascolari ferromagnetiche, valvole cardiache meccaniche, catetere di Swan-Ganz, elettrodi endocorporei, neurostimolatori, filtri vascolari, stent e spirali metalliche di cui non si conoscano le caratteristiche (Casa costruttrice, tipo e data di impianto) e/o la sicura compatibilità magnetica	SI	NO
Paziente Portatore di Tatuaggio eseguito da meno di 6 mesi	SI	NO

CONTROINDICAZIONI RELATIVE all'esecuzione dell' ESAME RM		
<i>L'effettiva controindicazione all'effettuazione dell'indagine RM, anche in caso di sussistenza di una sola delle condizioni sotto elencate è valutata dal Medico Responsabile dell'Esecuzione dell'Esame</i>		
Claustrofobico?	SI	NO
In stato di Gravidanza? (Settimana.....)	SI	NO
N.B: la Risonanza magnetica è controindicata nel I trimestre)		
Ha febbre?	SI	NO
Portatore di protesi del cristallino applicata precedentemente all'anno 1985?	SI	NO
Portatore di schegge o frammenti metallici in sedi non vitali (ha lavorato come tornitore, saldatore, carrozziere? Ha mai subito incidenti stradali, di caccia o ferite di guerra?)	SI	NO
Ha subito interventi chirurgici su collo, addome, torace, arti? indicare quali:.....	SI	NO
Portatore di pompe di infusione di farmaci?	SI	NO
Portatore di dispositivi intrauterini ? Se sì utile valutazione ginecologica successiva all'esame	SI	NO
Portatore di protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
Portatore di shunt liquorale ventricolo-peritoneale?	SI	NO
Portatore di anemia falciforme?	SI	NO
Portatore di tatuaggio? Se costituito da materiale ferromagnetico può causare surriscaldamento e/o irritazione locale fino ad ustioni	SI	NO
Presenza di cosmetici con polveri ferromagnetiche (mascara, eyeliner,.....)?	SI	NO
Portatore di piercing? (può mobilizzarsi o causare ustioni)	SI	NO

All' ATTENZIONE del Paziente
Per effettuare l'esame TOGLIERE indumenti con parti metalliche, lenti a contatto, protesi auricolari e tutte le altre protesi mobili, mollette per capelli, cosmetici dal volto, lacca, piercing, occhiali, gioielli, orologi, ganci, monete e ogni altro tipo di oggetto metallico, carte di credito, schede magnetiche.

segue

QUESITI FINALIZZATI all'EVENTUALE UTILIZZO di MEZZO di CONTRASTO PARAMAGNETICO

- Per l'esecuzione di alcune indagini di RM può essere necessaria l'iniezione endovenosa di **mezzo di contrasto paramagnetico**.
- Come con tutti i farmaci, si possono verificare effetti collaterali o reazioni allergiche.
- Solo raramente sono state segnalate evenienze più gravi e pericolose per la vita del Paziente.
- **La nostra Struttura Diagnostica dispone comunque di personale e di attrezzature idonee ad affrontare tali reazioni avverse.**
- La presenza di insufficienza renale grave o moderata può essere concausa di una grave patologia denominata **fibrosi nefrogenica sistemica**,
 si richiede che **tutti** i pazienti

(ad eccezione di quelli che devono essere sottoposti ad RM della colonna non operata, RM articolari e artro-RM) effettuino, entro i 30 giorni che precedono l'esame di RM, il dosaggio ematico della creatininemia e portino il risultato il giorno dell'esame.

PAZIENTE CON PROBLEMATICHE ALLERGICHE

A)*	PAZIENTI ALLERGICI NOTI	SI	NO
B)	PAZIENTI CHE PRESENTANO UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI		
B.1	Soggetti asmatici	SI	NO
B.2	Soggetti allergici a diverse sostanze che fanno ricorso a trattamento farmacologico continuo o periodico	SI	NO
B.3	Soggetti con allergia nota al MdC	SI	NO
B.4	Soggetti con allergia al lattice	SI	NO
B.5	Soggetti allergici con precedenti episodi di distress respiratorio, manifestazioni orticarioidi generalizzate gravi, angioedema, bronco-costrizione, shock anafilattico, perdita di coscienza	SI	NO
* nei casi di risposta positiva per A) vedi lo schema di preparazione in allegato			

Il sottoscritto Medico Prescrivente preso atto delle dichiarazioni contenute nel modulo di consenso ritiene esistano le condizioni per l'esecuzione dell'esame RM

data	Firma del Medico Prescrivente
------	-------------------------------

CONSENSO del PAZIENTE e della donna in stato di gravidanza

Esaurientemente informato sui rischi concernenti l'effettuazione dell'esame di RM e dell'eventuale impiego di mezzo di contrasto per via endovenosa:

ACCONSENTO di sottopormi all'indagine **NON ACCONSENTO** di sottopormi all'indagine

****La paziente in stato di gravidanza, preventivamente informata dal Medico Responsabile della RM sulla tipologia e sui possibili rischi dell'esame**

ACCONSENTO di sottopormi all'indagine **NON ACCONSENTO** di sottopormi all'indagine

data	Firma del paziente/o genitore o tutore
------	--

****Da compilare in caso di donne in stato di gravidanza accertata o presunta all'atto dell'esecuzione dell'esame**

Il Medico Responsabile dell'indagine RM conferma che esistono le condizioni per l'esecuzione dell'indagine RM:

data	Firma del Medico Responsabile dell'esame
------	--

ALLEGATO

PREPARAZIONE del PAZIENTE CON PROBLEMATICHE ALLERGICHE

Si richiama la suddivisione dei pazienti allergici, qualora si è risposto positivamente ad una delle seguenti condizioni:

A)*	PAZIENTI ALLERGICI NOTI
B)	PAZIENTI CHE PRESENTANO UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI
B.1	Soggetti asmatici
B.2	Soggetti allergici a diverse sostanze che fanno ricorso a trattamento farmacologico continuo o periodico
B.3	Soggetti con allergia nota al MdC
B.4	Soggetti con allergia al lattice
B.5	Soggetti allergici con precedenti episodi di distress respiratorio, manifestazioni orticarioidi generalizzate gravi, angioedema, broncocostrizione, shock anafilattico, perdita di coscienza

Si ritiene che la preparazione **PREVENTIVA** debba essere eseguita secondo il seguente schema:

PREPARAZIONE

- Prednisone 50 mg 14 e 2 ore prima della procedura
- Clorfenamina 8 mg 14 e 2 ore prima della procedura o, in sostituzione, Prometazina cloridrato 25 mg con opportuna posologia.
- Ranitidina 300 mg 14 e 2 ore prima della procedura

Idratazione per OS 500 ml prima della procedura ed almeno 2000 ml nelle 24 ore successive alla stessa

Nel caso di PAZIENTI NON PREPARATI: se l'indagine è assolutamente indispensabile, a giudizio del medico esecutore, potrà essere eseguita subito dopo questa preparazione

PREPARAZIONE

- Metilprednisolone 40 mg
- Clorfenamina 10 mg o, in sostituzione, Prometazina cloridrato, fiala 50 mg/2ml
- + Sol. Fisiologica 250 ml in 15 minuti circa
- Ranitidina 50 mg