REGIONE SICILIANA
AZIENDA OSPEDALIERA PAPARDO
Ctr. Papardo – 98158 MESSINA
U.O.C. di Radiologia

MODULO INFORMATIVO E QUESTIONARIO ANAMNESTICO

DATI PAZIENTE

Cognome ..... Nome .....

Data e luogo di nascita ..... Peso (Kg).....

Residenza ..... Recapito Tel. .....

Indagine richiesta ..... Reparto .....

Nota informativa relativa all'esame di Risonanza Magnetica

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). In alcuni tipi di indagine possono anche essere somministrare al paziente per via endovenosa alcune sostanze con proprietà paramagnetica come mezzo di contrasto. Ad eccezione di tali casi la Risonanza Magnetica 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 esistono 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 il primo trimestre di 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. 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 ad 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 e compilazione dell'apposito "questionario anamnestico" e "modulo di consenso informato". Per effettuare l'esame RM è necessario togliere eventuale trucco dal viso e lacca per capelli, depositare nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologio, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, ecc., togliere eventuali protesi dentarie mobili 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. La durata media dell'esame RM è di circa 30 minuti. 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 umidità e temperatura sono tali da assicurare il massimo confort 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 delle immagini. 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 comandi 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 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, utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione, il medico responsabile dell'esame RM.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato da ogni paziente prima di essere sottoposto all'esame RM e firmato dal medico responsabile dell'esame. Risposte affermative ad uno o più quesiti possono comportare controindicazioni anche assoluta all'esecuzione dell'esame RM. Si riportano di seguito i contenuti minimi consigliati del "questionario anamnestico" preliminari all'esecuzione dell'esame RM:

Ha eseguito in precedenza esami RM?	SI	NO
Ha avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto 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 esplosione?	SI	NO
È in stato di gravidanza?	SI	NO

Ultime mestruazioni avvenute il .....

Ha subito interventi chirurgici su:

Testa ..... Addome .....

Collo ..... 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
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?	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, etc.), viti, chiodi, filo, etc....?	SI	NO
Altre protesi?	SI	NO

Localizzazione .....

Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?	SI	NO
Informazioni supplementari:		
E' affetto da anemia falciforme?	SI	NO
E' portatore di protesi del cristallino?	SI	NO
É portatore di piercing?	SI	NO
Localizzazione		
Presenta tatuaggi?	SI	NO
Localizzazione		
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, 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

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Firma del Medico Responsabile dell'esame RM ..... Data .....

IL PAZIENTE

Ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM, dichiara di aver collaborato nel modo ottimale alla compilazione del questionario anamnestico, ed acconsente all'esecuzione dell'esame RM.

Firma del paziente (*) ..... Data .....

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

CONSENSO INFORMATO

Il/La sottoscritt_ ..... nat_ a .....

il ..... e perfettamente in grado di intendere e di volere e dichiara di:

essere stat_ esaurientemente informat_ circa l'indicazione clinica, l'utilità, le modalità di esecuzione, tutte le possibili reazioni avverse e i fattori di rischio degli accertamenti clinici e diagnostici mediante RM a cui sar_ sottopost_.

Il/La sottoscritt_ in particolare prende atto che:

- L'esame RM in pazienti di sesso femminile durante i primi tre mesi di gravidanza è sconsigliato tranne nei casi di effettiva e improrogabile necessità.
- 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. Il mezzo di contrasto non deve essere somministrato alle donne in stato di gravidanza e, quindi, l'eventuale stato di gravidanza deve essere preventivamente comunicato al Medico responsabile dell'esame RM. È opportuno comunicare anche l'eventuale fase di allattamento del proprio figlio.
- La somministrazione del mezzo di contrasto può comportare alcuni lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito) che si risolvono spontaneamente o con una leggera terapia endovenosa.
- L'impiego del mezzo di contrasto, in rarissimi casi e con una incidenza non prevedibile e quantificabile ma comunque molto bassa, può comportare reazioni come shock anafilattico. È necessario perciò comunicare al Medico Responsabile dell'esame ogni eventuale tipo di allergia prima dell'esame stesso.
- Un medico esperto nelle metodologie di diagnostica mediante RM ed un Medico Rianimatore è sempre immediatamente reperibile all'interno della struttura per garantire un pronto intervento in caso di emergenza.
- Ogni eventuale chiarimento in merito all'esecuzione dell'esame RM può essere richiesto al personale medico e paramedico di servizio presso il sito RM.

Il/La sottoscritt_, informat_ sulle controindicazioni relative all'esame RM, acconsente all'esecuzione dell'esame:	SI	NO
Il/La sottoscritt_, informat_ sui rischi connessi qualora l'esame RM, richiede l'impiego del mezzo di contrasto, acconsente all'uso di mezzo di constrato:	SI	NO
Il/La sottoscritt_, informat_ dei rischi connessi qualora dovesse essere sottopost_ ad anestesia o a sedazione profonda durante l'esame RM, acconsente a sottoporsi ad indagine diagnostica eseguita in narcosi:.....	SI	NO

Data .....

Firma del Medico Responsabile dell'esame RM

.....

Firma del paziente (*)

.....

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

Esame RMN con mezzo di contrasto: portare esame di Creatininemia, digiuno da almeno 6 h., se paziente allergico scariacere doc."protocollo antiallergico"
I pazienti con pace maker non possono effettuare RM.