

## QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RM

### INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ESECUZIONE DI ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA, SENZA/CON SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO A BASE DI GADOLINIO

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 radio-televisive.

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 di contro indicazioni 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.**

### A COSA SERVE

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

### 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, etc...) 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.

### COSA PUÒ 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.

### 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, ecc...);
- 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 fornita 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).

### MEZZO DI CONTRASTO

A seconda dell'esame di Risonanza Magnetica richiesto è possibile sia necessaria ai fini diagnostici la somministrazione di una sostanza chiamata "**mezzo di contrasto**", utile per riconoscere con maggior chiarezza sia strutture normali (vasi arteriosi e venosi, ...) sia eventuali processi patologici. Le caratteristiche di tali farmaci permettono tranquillità di impiego, tuttavia la loro somministrazione, così come di qualsiasi farmaco, presenta dei rischi che Lei deve preventivamente conoscere.

#### REAZIONI AVVERSE:

- I pazienti affetti da insufficienza renale moderata e severa ai quali venga somministrato un m.d.c. a base di Gadolinio sono esposti maggiormente al rischio di sviluppare una rara patologia nota con il nome di Fibrosi Sistemica Nefrogenica (FSN), caratterizzata da ispessimento della cute e dei tessuti connettivi, debilitante e potenzialmente fatale. In base alle recenti evidenze in letteratura, l'uso del m.d.c. 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 Medico Prescrivente e Medico Radiologo, nel rispetto del minor costo biologico e migliore risposta diagnostica.
- La somministrazione del m.d.c. può talora comportare alcuni lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito). Con un'incidenza non prevedibile e quantificabile, ma comunque molto bassa, può indurre anche reazioni allergiche gravi fino allo shock anafilattico. In questa Struttura Sanitaria sono disponibili tutti gli strumenti per affrontarle nel miglior modo possibile.
- L'eventuale stato di gravidanza deve essere preventivamente comunicato al Medico Responsabile dell'esame RM.

La somministrazione di m.d.c. è indispensabile per numerose tipologie d'indagine, mentre per altre può risultare utile, ma non indispensabile. L'uso del m.d.c. è stabilito dal Medico Radiologo in corso d'esame. Nel caso Lei NON acconsenta alla somministrazione del m.d.c., il Medico Radiologo si riserva la decisione sull'utilità o meno di eseguire l'esame senza m.d.c., in base al particolare quesito clinico, fornendoLe le opportune delucidazioni.

### EVENTUALE SOMMINISTRAZIONE DI SOLUZIONI/GEL O PREPARATI FARMACEUTICI E EVENTUALE INTRODUZIONE DI BOBINE ENDOGENE DURANTE UN ESAME DI RM

A seconda dell'esame di Risonanza Magnetica richiesto è possibile sia necessaria ai fini diagnostici la somministrazione di:

- soluzioni o gel per via rettale o vaginale (es. nelle defeco-RM, studio del pavimento pelvico, studio di patologia della cavità uterina e/o vaginale)
- prodotti farmaceutici per via endovenosa ipotonizzanti (es. Buscopan nello studio della pelvi) o diuretici (es. Lasix nelle uroRM)
- ansiolitici (es. Tavor, Xanax, Lexotan, Valium, Ansiofin, Control, En, Rivotril, Lorans, Diazepam, Alprazolam, Lorazepam, ...) per impedire attacchi di panico o stati d'ansia gravi che inficierebbero l'indagine.

In alcuni casi è prevista l'introduzione nel corpo di bobine endogene.

Ogni ulteriore eventuale chiarimento in merito ai rischi/benefici legati al tipo di procedura, di preparazione o alla somministrazione di soluzioni/gel o preparati farmaceutici o sedativi può essere richiesto al Medico della diagnostica RM.

#### Riferimenti Bibliografici:

Regione Piemonte ATTO DD 71/A1413C/2021 DEL 21/01/2021 (Allegato\_B\_CONSENSI\_30\_12\_2020.docx)

Decreto Ministero della Salute 14 gennaio 2021

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Peso Kg \_\_\_\_\_

Nella sua qualità di:

- ☐ Soggetto che deve essere sottoposto all'esame
- ☐ Quale genitore del minore....., nato....., e autocertifica, ai sensi del DPR 8/12/2000 n.445, che l'altro genitore è a conoscenza della somministrazione dell'esame medico al minore ☐ SI ☐ NO
- ☐ Quale tutore/curatore di.....nato.....

**Tenuto conto dei dati clinico anamnestici e della richiesta del Medico inviante si giustifica l'esecuzione dell'esame.**

- |                                                                      |                             |                             |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| - Ha eseguito in precedenza esami RM?                                | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Soffre di claustrofobia?                                           | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?             | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - È mai stato vittima di traumi da esplosioni?                       | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - È in stato di gravidanza certa o presunta/allattamento?            | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Ultime mestruazioni iniziate il _____                              |                             |                             |

È stato sottoposto a interventi chirurgici su: \_\_\_\_\_ occhi \_\_\_\_\_

testa _____	collo _____	torace _____
addome _____	estremità _____	altri _____

Sa di avere uno o più dispositivi metallici all'interno del corpo? ☐ SI ☐ NO

**è portatore di:**

- |                                                                                            |                             |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| - Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?                                   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Schegge o frammenti metallici?                                                           | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Clips metalliche su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?                         | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Valvole cardiache?                                                                       | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Stents?                                                                                  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Defibrillatori impiantati?                                                               | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Loop Recorder?                                                                           | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Distrattori della colonna vertebrale?                                                    | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?                                         | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?                                     | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?                         | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Altri tipi di stimolatori?                                                               | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Corpi intrauterini (spirale contraccettiva)?                                             | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Derivazione spinale o ventricolare?                                                      | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Trauma? se <b>SI</b> da quanto tempo _____                                               | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| localizzazione _____                                                                       |                             |                             |
| - Protesi metalliche (per fratture, interventi correttivi articolari), viti, chiodi, ecc.? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| localizzazione _____                                                                       |                             |                             |
| - Protesi dentarie fisse o mobili?                                                         | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Protesi del cristallino? (anno di intervento _____)                                      | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Altre protesi?                                                                           | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| localizzazione _____                                                                       |                             |                             |
| - Lenti a contatto rigide?                                                                 | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Protesi acustiche?                                                                       | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Protesi al silicone o altre protesi con finalità estetiche?                              | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Piercing, tatuaggi?                                                                      | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

localizzazione \_\_\_\_\_

- |                                                                                                                                    |                             |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| - Ritieni di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - È affetto da anemia falciforme?                                                                                                  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Soffre di diabete?                                                                                                               | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Sta utilizzando cerotti medicali?                                                                                                | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Allergie a sostanze quali _____                                                                                                  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Ha già effettuato in precedenza esami RM? quando _____                                                                           | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Se con M.d.C. ha avuto problemi legati alla somministrazione? quali _____                                                        | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

**IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME TC** preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari **AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM.**

DATA .....

**FIRMA DEL PAZIENTE**  
**(O DI CHI ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE E/O TUTORIALE)** .....



**FIRMA DEL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME** .....

L'esame di risonanza magnetica non comporta l'impiego né di raggi X né di sostanze radioattive, ma utilizza campi magnetici e onde elettromagnetiche a radiofrequenze del tutto analoghe a quelle delle trasmissioni radiotelevisive. È prudente non effettuare l'indagine durante il primo trimestre di gravidanza. L'esame a cui Lei è sottoposto non è assolutamente doloroso né fastidioso. Dovrà solamente cercare di stare il più immobile possibile durante l'esecuzione dell'esame per garantirne la buona riuscita. Durante la maggior parte dell'esecuzione dell'esame sentirà un rumore ritmico abbastanza intenso provocato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura. La preghiamo pertanto di rimanere tranquillo per tutta la durata dell'esame. Si ricordi inoltre che in ogni momento potrà chiamare con l'apposito campanello il personale addetto, che segue l'esecuzione dell'esame dalla sala comandi.

Si prega cortesemente di seguire le indicazioni qui di seguito riportate:

**1. Togliere eventuali:**

- |                                                                                                  |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| ▪ Monete, chiavi ferma soldi, ganci, spille, punti metallici e qualsiasi altro oggetto metallico | ▪ Corone temporanee mobili                   |
| ▪ Abiti con bottoni metallici e/o cerniere lampo                                                 | ▪ Indumenti in acrilico                      |
| ▪ Calze di nylon                                                                                 | ▪ Apparecchi per l'udito                     |
| ▪ Cinta sanitaria                                                                                | ▪ Carte di credito o altre schede magnetiche |
| ▪ Coltelli tascabili                                                                             | ▪ Limette, forbici, pinzette metalliche      |
| ▪ Fermagli per capelli                                                                           | ▪ Gioielli e orologi                         |
| ▪ Dentiera                                                                                       | ▪ Occhiali                                   |
| ▪ Lenti a contatto                                                                               |                                              |
| -                                                                                                |                                              |

**2. Asportare eventuali cosmetici dal volto**

**TUTTO QUANTO SOPRA RIPORTATO POTRÀ ESSERE CUSTODITO IN UN ARMADIETTO.**  
**DIETRO SUA RICHIESTA LE VERRÀ CONSEGNA APOSITA CHIAVE CHE DOVRÀ RESTITUIRE ALLA FINE DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME.**

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

Data e luogo di nascita .....

### CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ESAMI RM

Sono stato informato che è stata posta l'indicazione all'esecuzione di un **Esame RM senza/con somministrazione di Mezzo di Contrasto a base di Gadolinio**.

Sono stato informato inoltre che è stata posta l'indicazione alla:

- somministrazione di soluzioni/gel o preparati farmaceutici per via orale/rettale.....
- somministrazione di preparati farmaceutici per via endovenosa o intramuscolare o intraarticolare.....
- introduzione di bobine endogene.....

A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni fornitemi inerenti i benefici attesi dall'esame e le possibili complicanze ragionevolmente prevedibili; inoltre sono stato informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM.

Sono consapevole del mio diritto di rifiutare o sospendere in qualsiasi momento l'esame nonché delle conseguenze derivanti dalla scelta e in piena coscienza acconsento all'esecuzione dell'esame sopra indicato.

Dichiaro inoltre di essere stato pienamente informato dal Dott./Dott.ssa ..... circa i rischi derivanti dalla somministrazione di mezzo di contrasto per via venosa.

A tale scopo do il mio consenso affinché tali preparati mi vengano somministrati, secondo le indicazioni cliniche all'esecuzione dell'esame.

DATA.....

FIRMA DEL PAZIENTE (O DI CHI ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE E/O TUTORIALE) .....



### EVENTUALE PREMEDICAZIONE ☐ SI ☐ NO

Io sottoscritto/a..... dichiaro di aver assunto (o aver somministrato al Paziente) la premedicazione **antiallergica** come da indicazioni.

DATA.....

FIRMA DEL PAZIENTE (O DI CHI ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE E/O TUTORIALE) .....

### DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA (per donne in età fertile)

☐ SI ☐ NO

DATA.....

FIRMA DELLA PAZIENTE (O DI CHI ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE E/O TUTORIALE) .....



FIRMA DEL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME .....

### REVOCA CONSENSO

Io sottoscritto/a..... a partire dalle ore.....del giorno ..... revoco il consenso all'esecuzione dell'esame sopraindicato, consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale).....

Timbro e firma del Medico Radiologo.....

### DICHIARAZIONE MEDICO ANESTESISTA

Io sottoscritto/a Dott./Dott.ssa ....., Medico Chirurgo specializzato in Anestesia e Rianimazione, **DICHIARO** di aver presenziato all'esecuzione dell'esame RM con mezzo di contrasto:

	MDC	Dosaggio	Lotto
<input type="checkbox"/>	MAGNEVIST		
<input type="checkbox"/>	GADOVIST		
<input type="checkbox"/>	PRIMOVID		

del paziente e di averlo assistito durante l'esecuzione dell'esame.

Firma del Medico Anestesista .....