



Casa di Cura Figlie di S. Camillo  
Via Fabio Filzi, 56  
26100 Cremona

## ***Servizio di Radiologia***

Modulo di anamnesi  
e consenso informato  
per esame di  
Risonanza Magnetica

PESO Kg \_\_\_\_\_

ETICHETTA

**CHE COS'E':** 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 radiotelevisive. 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 privi di controindicazioni 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, 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, ecc) 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. Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa.

**COSA PUO' 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 di 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, etc),
- 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 o gli appositi tappi auricolari forniti 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).

**QUESTIONARIO PRELIMINARE** (redatto sulla base delle indicazioni riportate nel D.M. 02/08/1991)

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal solo MRP, il quale, in relazione alle risposte fornite dal paziente, può ritenere che sussista la controindicazione all'esame.

▶ Ha eseguito in precedenza esami RM	SI	NO
▶ Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione MdC?	SI	NO
▶ Soffre di claustrofobia ?	SI	NO
▶ Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO
▶ Ha mai subito incidenti stradali o di caccia?	SI	NO
▶ E' stato vittima di traumi da esplosione?	SI	NO
▶ Ultime mestruazioni avvenute:.....	SI	NO
▶ Ha subito interventi chirurgici su:	SI	NO
<input type="checkbox"/> <b>Testa</b> <input type="checkbox"/> <b>Addome</b> <input type="checkbox"/> <b>Collo</b> <input type="checkbox"/> <b>Estremità</b> <input type="checkbox"/> <b>Torace</b> <input type="checkbox"/> <b>Altro.....</b>		
▶ E' a conoscenza di avere uno o più 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
▶ E' portatore di schegge o frammenti metallici?	SI	NO
▶ E' 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
▶ 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, 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?	SI	NO
▶ Informazioni supplementari.....	SI	NO
▶ È affetto da anemia falciforme ?	SI	NO
▶ È portatore di protesi del cristallino ?	SI	NO
▶ È portatore di piercing? Localizzazione.....	SI	NO
▶ Presenta tatuaggi? Localizzazione.....	SI	NO
▶ Sta utilizzando cerotti medicali?	SI	NO

**Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere:** 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; 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.

**Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM(\*)** 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 Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM.....

### **CONSENSO INFORMATO** del paziente all'esecuzione dell'indagine RM

Il paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato:

- sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM;
- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Risonanza Magnetica.

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti **anche in merito all'eventuale uso del mezzo di contrasto**, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

**ACCETTO L'INDAGINE PROPOSTA**

**RIFIUTO L'INDAGINE PROPOSTA**

Data.....

Firma del Paziente (\*\*). .....

In caso di minorenni firma di un genitore o di un tutore

(\*) Il questionario a firma del Medico responsabile dell'esecuzione dell'esame RM e il consenso informato all'esecuzione dell'indagine RM a firma del paziente devono essere necessariamente apposti su un unico foglio, anche eventualmente in modalità fronte/retro. Si raccomanda poi, se del caso, di prevedere consecutivamente (sullo stesso foglio o su un modello a parte) eventuali ulteriori consensi a firma del paziente, realizzati nelle modalità analoghe a quelle qui riportate a mero titolo di esempio.

(\*\*) In caso di paziente minorenni è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.

### **SINTESI INFORMATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO IN RM**

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. Le caratteristiche di tali farmaci permettono tranquillità di impiego, "pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione iniettabile" (Circolare del Ministero della Sanità 900.VI/11.AG./642 del 17.9.97). I pazienti con insufficienza renale lieve devono eseguire preliminarmente il dosaggio della CREATININA del sangue (ESUR 2012) e presentarlo al personale medico della sezione di RM per poterne valutare la funzionalità renale. Infatti i pazienti affetti da insufficienza renale moderata e severa ai quali venga somministrato per via endovenosa un mezzo di contrasto a base di Gadolinio sono esposti maggiormente al rischio di sviluppare una rara patologia nota con il nome di Fibrosi Sistemica Nefrogenica (FSN). La FSN è una patologia rara caratterizzata da ispessimento della cute e dei tessuti connettivi, debilitante e potenzialmente fatale. In base alle recenti evidenze in letteratura,

l'uso del mezzo di contrasto 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 il clinico richiedente e medico radiologo, nel rispetto del minor costo biologico e migliore risposta diagnostica. - La somministrazione del mezzo di contrasto può talora comportare alcuni lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito) che un'incidenza non prevedibile e quantificabile ma comunque molto bassa, può indurre anche reazioni allergiche gravi fino allo shock anafilattico. E' necessario quindi comunicare al Medico Responsabile dell'esame ogni eventuale tipo di allergia prima dell'esame stesso. - Il personale sanitario dell'Unità Operativa è sempre presente all'interno della struttura per garantire un pronto intervento in caso di emergenza. - L'impiego del Gadolinio nelle donne in gravidanza richiede la valutazione del rapporto rischio/ beneficio. (Xagena2003 ) Fonte: UCSF (University of California San Francisco ), quindi l'eventuale stato di gravidanza deve essere preventivamente comunicato al Medico Responsabile dell'esame RM. A tal proposito si informa che i mezzi di contrasto Gd-chelati, a basso dosaggio, non creano problemi. E' opportuno comunicare anche l'eventuale fase di allattamento del proprio figlio per concordarne le eventuali modalità e tempi di interruzione in relazione all'effettuazione dell'esame RM. - Ogni eventuale chiarimento in merito all'esecuzione dell'esame RM con mezzo di contrasto può essere richiesto al personale dell'Unità Operativa.

**Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.**

Io sottoscritto/a informato/a sui rischi connessi qualora l'esame richiedesse l'impiego di mezzo di contrasto, acconsente all'uso del mezzo di contrasto  SI  NO

Firma del Paziente (\*\*). .....

*In caso do minorenni firma di un genitore o di un tutore*

Firma del Medico .....

Mezzo di contrasto utilizzato.....quantità.....

---

**DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**

Io sottoscritto/a dichiara di non essere in stato di gravidanza, né di avere alcun dubbio di esserlo, al momento dell'esecuzione dell'esame

Firma del Paziente .....

---

**CONSENSO DEL GENITORE O ACCOMPAGNATORE AD ASSISTERE IL PAZIENTE IN SALA ESAMI DURANTE L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM**

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame, valutato il rapporto rischio – beneficio relativamente alla necessità di evitare o ridurre la sedazione o altre procedure di preparazione pre-esame del paziente da sottoporre ad esame RM, acconsente l'opportunità da parte dell'accompagnatore volontario di poter assistere il paziente durante l'esecuzione dell'esame all'interno della sala esami, al fine di tranquillizzare e mantenere fermo il paziente e di garantire pertanto la possibile esecuzione dell'indagine.

Data.....

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

L'accompagnatore, espletati gli accertamenti anamnestici del caso richiesti dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame e preso atto dell'opportunità di poter assistere il paziente onde evitare inopportune o non possibili procedure di preparazione pre-esame sullo stesso, accetta di esporsi volontariamente ai rischi legati alla RM presenti durante l'esecuzione dell'esame (campi magnetici statici, variabili e radiofrequenze) a favore e beneficio del paziente assistito.

Firma del genitore o accompagnatore volontario.....