

CASA DI CURA ERETENIA

36100 VICENZA – VIALE ERETENIO, 12 – TEL. 0444/994511 – FAX 0444/543644

Servizio di Diagnostica per Immagini

Responsabili: Dott. Marco Scabardi, Dott. Carlo Guglielmini

Prenotazioni RX, TAC, RM, ECO: 0444/994562

RICHIESTA DI INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA

PROVENIENZA	MEDICO RICHIEDENTE
Ricoverato: <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Reparto _____	
Altro Ospedale _____	
Ambulatoriale esterno <input type="checkbox"/>	Recapito telefonico
DATI DELL'UTENTE (incollare eventuale etichetta)	DISTRETTO DA ESAMINARE
Cognome, nome _____	
Data di Nascita _____	
Recapito telefonico _____	<input type="checkbox"/> Ambulante <input type="checkbox"/> Carrozzina <input type="checkbox"/> Con letto <input type="checkbox"/> Barella

SOSPETTO CLINICO

ELEMENTI CLINICO-ANAMNESTICI

EVENTUALI INDAGINI PRECEDENTI

CONSENSO INFORMATO RISONANZA MAGNETICA

Preparazione del/la Paziente

I Pazienti da sottoporre ad indagine R.M. dovranno pervenire preferibilmente a digiuno.

Criteri di esclusione

1) Vanno **assolutamente** esclusi dalla indagine R.M. i Pazienti portatori di:

- pace-maker cardiaco
- valvole cardiache
- clips metalliche vascolari (by-pass aorto-coronarici, aneurismi intracranici, ecc.)
- schegge metalliche intra-oculari del cristallino

2) **Dovranno essere attentamente considerati**, valutando di volta in volta i benefici derivanti dall'indagine R.M., i Pazienti portatori di:

- protesi metalliche ortopediche
- pompe insuliniche
- protesi intra-oculari del cristallino
- clips metalliche non vascolari

3) **In caso di gravidanza accertata o presunta**, l'esame verrà effettuato solo dopo l'accordo diretto fra il Medico Richiedente ed il Medico Radiologo.

E' infine opportuno informare il Paziente che prima di procedere all'esame dovrà depositare tutti gli oggetti metallici, l'orologio, le tessere o le carte magnetiche. Si rammenta che il giorno dell'indagine sarà preferibile che le Pazienti non facciano uso di cosmetici.

CASA DI CURA ERETENIA

36100 VICENZA – VIALE ERETENIO, 12 – TEL. 0444/994511 – FAX 0444/543644

Servizio di Diagnostica per Immagini

Responsabili: Dott. Marco Scabardi, Dott. Carlo Guglielmini

Prenotazioni RX, TAC, RM, ECO: 0444/994562

Il sottoscritto Sig./ra _____ dichiara:

- che non soffre di claustrofobia
- che non è portatore di pace-maker, pompe d'insulina, schegge o frammenti metallici, protesi ortopediche (dell'orecchio interno, intraoculari, vascolari cardiache), neurostimolatori o elettrodi, lenti a contatto, IUD, tracheostomia
- di aver subito interventi chirurgici quali _____
- di aver lavorato in ambienti in cui potevano esserci schegge metalliche quali _____
- di aver subito incidenti con penetrazione di frammenti metallici in quali sedi _____

Se donna dichiara:

- di essere in gravidanza in quale settimana _____
- di aver avuto l'ultima mestruazione il _____
- corpi intrauterini

Il Sottoscritto/a dichiara altresì di esser stato esaurientemente informato sulle finalità e modalità di svolgimento dell'esame in oggetto.

AVVERTENZA

Nel caso in cui sia necessario la **somministrazione di mdc para-magnetico per via endovenosa**, tenendo comunque conto dei rischi generici di iper-sensibilità caratteristici di ogni soluzione iniettabile, si segnala che recentemente sono stati descritti casi di **fibrosi sistemica nefrogenica (NSF)** correlata all'uso di mdc contenenti **Gadolinio** in pazienti con gravi problemi renali, nei neonati fino a quattro settimane di età e nei pazienti in lista per o che sono stati sottoposti a trapianto di fegato.

L'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) ed il Comitato per i Medicinali per Uso Umano (CHMP), al fine di minimizzare il rischio di NSF, raccomandano che tutti i pazienti ai quali devono essere somministrati tali preparati siano preventivamente sottoposti ad esami di laboratorio allo scopo di accertare l'assenza di gravi patologie renali. E' quindi necessario effettuare il dosaggio della **creatininemia** e, se i suoi valori risultano superiori alla norma, segnalare tali rilievi al Medico Radiologo, responsabile dell'esecuzione dell'esame, per una attenta valutazione del caso.

Vi è sospetto anamnestico di insufficienza renale? Si No

E' presente insufficienza renale? Si No

Vicenza li, _____

FIRMA DEL PAZIENTE

FIRMA DEL MEDICO CURANTE

FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO
