

CASA DI CURA ERETENIA

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

Servizio di Diagnostica per Immagini

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

RICHIESTA DI INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA

DATI DELL'UTENTE	MEDICO RICHIEDENTE
Cognome _____	_____
Nome _____	DISTRETTO DA ESAMINARE _____
Data di Nascita _____	

SOSPETTO CLINICO _____

CONSENSO INFORMATO RISONANZA MAGNETICA

La RM è un'indagine eseguita tramite un'Apparecchiatura Computerizzata, basata sull'utilizzo di un campo magnetico (1,5T). L'indagine può essere eseguita in relazione al quesito clinico con o senza la somministrazione in vena del Mezzo di Contrasto (MdC) Paramagnetico. Il Mezzo di Contrasto verrà iniettato attraverso un ago cannula mediante un iniettore automatico oppure manualmente. ***Se si utilizza il MdC, è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore.*** I farmaci abituali potranno essere assunti regolarmente con qualche sorso di acqua. È consigliata un'abbondante idratazione (almeno 1.5 lt di acqua) il giorno prima e dopo l'esecuzione dell'indagine. Durante l'infusione endovenosa del MdC, vi è la possibilità (per cause anatomiche, fragilità della vena etc.) che si verifichi la rottura del vaso con conseguente stravasamento nell'area dell'iniezione; in questo caso potrà essere applicata una terapia locale.

E' possibile che durante e dopo la somministrazione del Mezzo di Contrasto si verifichino effetti indesiderati; in rapporto al grado di severità tali reazioni possono essere:

- o **Lievi:** nausea, vomito, dolore nella sede di iniezione, orticaria, pomfi
- o **Moderate:** dispnea, ipotensione-ipertensione, tachicardia-bradicardia, lipotimia, sincope vaso-vagale
- o **Gravi:** edema polmonare o della glottide, shock anafilattico, broncospasmo severo, arresto cardiorespiratorio, gravi aritmie, insufficienza renale acuta. In queste rare evenienze il nostro servizio dispone di personale, farmaci ed attrezzature idonee all'assistenza del paziente e, in caso di necessità, vi è la pronta disponibilità del personale di rianimazione.

Le reazioni tardive (da 1 ora dall'iniezione fino a 7 giorni) consistono più frequentemente in eruzioni cutanee, sindromi simili-influenzali, disturbi gastrointestinali. In questo caso è consigliato recarsi dal medico curante.

- o Vanno **assolutamente esclusi** dalla indagine R.M. i pazienti portatori di:

Pace maker cardiaco	SI	NO
---------------------	----	----

Schegge metalliche intra-oculari	SI	NO
----------------------------------	----	----

- o Dovranno essere **attentamente considerati** (valutando di volta in volta **la compatibilità in relazione alla data di impianto ed alla tipologia**) i pazienti portatori di:

Valvole cardiache	SI	NO
-------------------	----	----

Clips metalliche vascolari, by-pass aorto-coronari, esiti di intervento per aneurismi intracranici, ecc.	SI	NO
--	----	----

Pompe insuliniche	SI	NO
-------------------	----	----

Protesi metalliche ortopediche	SI	NO
--------------------------------	----	----

Protesi intra oculari del cristallino	SI	NO
---------------------------------------	----	----

Clips metalliche non vascolari	SI	NO
--------------------------------	----	----

N.B. potrà essere richiesta la documentazione di impianto protesi rilasciata dallo specialista che ha eseguito l'intervento.

CASA DI CURA ERETEZIA

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

Servizio di Diagnostica per Immagini

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

Il/La paziente dichiara:

- ☐ **Che non soffre di claustrofobia** _____
- ☐ **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** _____
- ☐ **Di essere portatrice di devices intrauterini** _____

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

VALUTAZIONE CLINICO-ANAMNESTICA (Riservata al Medico curante)

- | | |
|---|--------------------------|
| ☐ Insufficienza epatica (bilirubinemia < a 2,5 mg %) | indicare il valore _____ |
| ☐ Azotemia (< a 50 mg %) | indicare il valore _____ |
| ☐ Grave insufficienza renale (creatininemia < a 1,5 mg %) | indicare il valore _____ |

AVVERTENZE

Nel caso in cui sia necessaria la somministrazione di mdc paramagnetico per via endovenosa, tenendo comunque conto dei rischi generici di ipersensibilità caratteristici di ogni soluzione iniettabile, si ricorda che 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 4 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.

Il/la sottoscritto/a Sig./ra _____ nato/a il _____

a _____ dichiaro di essere stato/a esaurientemente informato/a

sulle finalità, modalità di svolgimento e sui rischi inerenti l'esame con l'utilizzo di mezzo di contrasto paramagnetico per via iniettiva **ed autorizzo/non autorizzo** l'esecuzione dell'indagine richiesta dal Medico Curante.

Firma per esteso del/la paziente

Vicenza, li _____

Firma del Medico Curante

Firma del Medico Radiologo