



**RAYS-SUD S.n.c.**

Via Cellino, 9 - SAN DONACI (BR)

TEL-FAX 0831-635882

**MODULO INFORMATIVO E DI CONSENSO PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE  
Con Mezzo di Contrasto (MDC)**

Nota informativa relativa all'esame RM con mezzo di contrasto

La risonanza magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM sfrutta l'impiego di campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF). La RM 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 esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi statici di induzione magnetica e alle onde elettromagnetiche RF utilizzati in RM è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.

In alcuni tipi di indagini possono essere somministrate al paziente, per via endovenosa, alcune sostanze con proprietà paramagnetiche. 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.

La **preparazione preventiva** l'esame RM con Mdc consiste nell'esecuzione dei seguenti esami di laboratorio:

- **azotemia**
- **creatinemia**
- **GOT e GPT**

N.B. : gli esami di laboratorio non devono essere più vecchi di 2 mesi dalla data di esecuzione dell'esame RM.

Si raccomanda digiuno assoluto per almeno 4 ore prima dell'esecuzione dell'esame.

Si raccomanda di portare in visione tutta la documentazione medica e eventuali esami precedenti.

Ove necessario, in mancanza degli esami di laboratorio, delle indagini radiologiche precedenti o del modulo debitamente compilato e firmato dal medico curante, l'esame richiesto non potrà essere eseguito.

Esecuzione dell'esame RM

I pazienti possono essere sottoposti all'esame RM solo previa esclusione di ogni possibile controindicazione all'esame RM, compilazione dell'apposito "Questionario Anamnestico" e firma del consenso informato. Per effettuare l'esame RM è necessario: depositare nello spogliatoio ogni oggetto metallico e non metallico, spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso. La durata media dell'esame è circa 30 minuti. Durante la fase di acquisizione dati sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchiatura RM. Durante l'esame è necessario rimanere tranquilli e mantenere il massimo grado di immobilità per non compromettere il risultato diagnostico dell'immagine. Il paziente è sempre in contatto 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 svenimento è opportuno che il paziente avverta quanto prima il medico responsabile dell'esame.

Pazienti di sesso femminile portatrici di IUD (corpi intrauterini) devono essere informate che esiste la possibilità, a causa del campo magnetico, di spostamento di tali dispositivi, a seconda del materiale di cui sono costituiti.

Per effettuare l'esame RM occorre togliere: *telefonini cellulari – eventuali lenti a contatto – apparecchi per l'udito – dentiera – 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, lacca dai capelli.*

**DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE**

Il sottoscritto ..... nato il ..... a .....

**DICHIARA** di essere stato informato in modo esauriente e comprensibile sull'indicazione clinica dell'esame, sulle sue finalità e modalità di esecuzione. Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato degli effetti collaterali e secondari che possono derivare dall'uso del mezzo di contrasto per via iniettiva e di aver ricevuto esauriente risposta ai quesiti posti al Medico.

ACCETTO di sottopormi all'indagine proposta .....

**N.B.** Sono a conoscenza che il trattamento dei dati personali di cui alla L. 31/12/1996 n. 665 (legge sulla privacy) avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge.

Firma del paziente/tutore .....

Firma del MEDICO RADIOLOGO .....

**Segue modulo di informazione per la richiesta di indagini radiologiche con mezzi di contrasto per via iniettiva (circolare ministero sanità 17/09/1997) che deve essere compilata in ogni sua parte dal Medico richiedente l'esame.**

**Modulo per la richiesta di indagini radiologiche con mezzi di contrasto organiodati/paramagnetici per via iniettiva (tac, risonanza magnetica, urografia). (circolare ministero sanità 17/09/1997)**

Per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ propongo l'indagine \_\_\_\_\_

per la seguente motivazione clinica/sospetto diagnostico \_\_\_\_\_

La valutazione clinico-anamnestica per il Sig./ra risulta

NEGATIVA per

comprovato rischio allergico a contrasti iodati o altre sostanze, gravi, forme di insufficienza epatica, renale o cardiovascolare, paraproteinemia di Waldestrom o mieloma multiplo.

Non esistono pertanto controindicazioni all'uso di mezzi di contrasto organiodati e paramagnetici per via iniettiva.

POSITIVA per

comprovato rischio allergico a mezzi di contrasto od altre sostanze

insufficienza epatica grave

insufficienza renale grave

insufficienza cardiovascolare grave

paraproteinemia di Waldestroem

mieloma multiplo

Il Medico richiedente l'indagine o il Medico Curante \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

Si prega di allegare esami di laboratorio e referti diagnostici che definiscano il grado delle condizioni patologiche.

**ATTENZIONE:** qualora nella storia clinica del paziente risultassero episodi di tipo allergico importante quali reazioni anafilattiche, asma bronchiale scatenato da farmaci/pollini/erbe/polveri, dermatiti da contatto, orticaria, allergie alimentari e reazione a farmaci il Medico richiedente l'indagine deve necessariamente attuare una terapia preventiva di tipo desensibilizzante che prevede:

- Sospendere o sostituire 5 gg prima dell'esame, previo nulla osta del cardiologo
  - o ACE INIBITORI
  - o BETABLOCCANTI
- Assumere a domicilio 13 ore, 7 ore e 1 ora prima dell'esame
  - o ZANTAC 150 mg 1cp
  - o DELTACORTENE 25 mg 2cp
  - o ZIRTEC 10 mg 1cp
- BENTELAN 4mg 1 fiala e.v mezz'ora prima dell'indagine RM, in sede di esame.

N.B: L'assunzione di antistaminici può provocare sonnolenza. Occorre quindi evitare dopo l'assunzione di mettersi alla guida o di intraprendere attività che richiedano attenzione e siano potenzialmente pericolose per sé o per gli altri.

Il paziente Sig. \_\_\_\_\_ dichiara di aver eseguito al proprio domicilio la profilassi per rischio allergico secondo lo schema di cui sopra e acconsente alla somministrazione di Bentelan e.v.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Paziente \_\_\_\_\_