

Studio Radiologico Guidonia Srl Via Roma 190, 00012 Guidonia

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

DATA.....

NOME..... COGNOME.....

NATO IL..... PESO.....

RISONANZA MAGNETICA..... MEZZO DI CONTRASTO

Note anamnestiche:

CREATININEMIA

GADOLINIO SOMMINISTRATO ml

NOTIZIE UTILI

Gentile Signore/a

- L'esame al quale si sottoporrà comporta solo l'uso di un campo magnetico e onde elettromagnetiche con frequenze RF (come quelle usate da trasmissioni televisive).
- Durante l'esame dovrà restare immobile in modo da consentire l'effettuazione dell'esame con risultati ottimali.
- Durante l'esame sentirà un rumore dovuto al normale funzionamento della macchina.
- Resti tranquillo/a e rilassato/a durante l'esame la cui durata dipende dal tipo di indagine richiesta (20 o 30 m ad esame).
- Durante l'esame se ne avverte la necessità può comunicare con il personale attraverso un microfono appositamente predisposto o schiacciando una pompetta d'allarme che le verrà data al momento dell'esame.
- Ricordi che la presenza di metalli all'interno del corpo, schegge, clips, protesi, stimolatori cardiaci, valvole cardiache, non rendono possibile l'esame.
- Non deve avere con sé oggetti metallici, schede magnetiche, lenti a contatto. Non mettere lacca nei capelli.
- Nel primo trimestre di gravidanza l'esame è sconsigliato, salvo casi particolari vagliati dal medico responsabile.

Controindicazioni assolute: Clips ferromagnetiche vascolari – Pace-maker cardiaco – Catetere Swan-Ganz Elettrodi endocorporei – Impianti cocleari (alcuni tipi) – Protesi stapiedali – Connettori metallici di schunt ventricolo-peritoneale – Filtri vascolari – Spirali metalliche – Dispositivi endocorporei ad attivazione magnetica o elettrica (neurostimolatori, stimolatori di crescita ossea, pompe per infusione continua di farmaci, sfinteri e impianti oculari magnetici) – Protesi del cristallino con anse metalliche – Corpi estranei ferro-magnetici in sede nobile (intracranica e vascolare).

Controindicazioni relative: Gravidanza (soprattutto primo trimestre) – Turbe alla termoregolazione – Protesi valvolare cardiache – Clips metalliche non vascolari – Stent - Corpi estranei ferro-magnetici in sede non nobile. Cautelativamente è consigliabile escludere dall'indagine le donne nel primo trimestre di gravidanza, pur non essendo ancora documentato alcun effetto sull'embrione o sul feto, dell'esame di Risonanza Magnetica. I soggetti predisposti potrebbero altresì accusare una sensazione di "oppressione da luogo chiuso", provocata dallo spazio relativamente ristretto in cui l'indagine viene eseguita.

La presenza sul corpo di tatuaggi ed in particolare quelli eseguiti con pigmenti a base di metalli, può provocare irritazione cutanea.

Mezzo di contrasto: Per specifiche patologie può risultare utile la somministrazione per via endovenosa di particolari mezzi di contrasto dotati di proprietà paramagnetiche, chimicamente derivanti dal Gadolinio, i quali, alle comuni dosi utilizzate in diagnostica (esclusa la presenza di specifiche intolleranze), hanno dimostrato una notevole sicurezza d'uso. Recentemente sono stati segnalati casi di fibrosi nefrogenica sistemica post-Gadolinio. Nei casi di sospetta insufficienza renale non si esegue l'esame se non valutata la creatininemia.

QUESTIONARIO

- | | | |
|--|----|----|
| • Soffre di Claustrofobia ? | SI | NO |
| • Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? | SI | NO |
| • Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? | SI | NO |
| • È mai stato vittima di traumi da esplosioni? | SI | NO |
| • E' in stato di gravidanza o allattamento? | SI | NO |
| • Ha subito interventi chirurgici? | SI | NO |
| • Localizzazione _____ | | |

E' portatore di:

- | | | |
|--|----|----|
| • Pace-macker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? | SI | NO |
| • Schegge o frammenti metallici? | SI | NO |
| • Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? | SI | NO |
| • Valvole cardiache? | SI | NO |
| • Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? | SI | NO |
| • Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o sub-durali? | SI | NO |
| • Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? | SI | NO |
| • Protesi del cristallino? | SI | NO |
| • Piercing? | SI | NO |
| • Tatuaggi estesi? | SI | NO |
| • Distrattori della colonna vertebrale? | SI | NO |
| • Spirali endo-utero? | SI | NO |
| • Derivazione spinale o ventricolare? | SI | NO |
| • Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi articolari, etc.) | SI | NO |
| • Protesi dentarie? | SI | NO |
| • E' affetto da anemia falciforme? | SI | NO |

E' affetto da insufficienza renale?

SI NO

Per effettuare l'esame occorre:

- togliere eventuali lenti a contatto; apparecchi per l'udito; dentiera; corone temporanee mobili; cinta sanitaria;
- togliere 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, (ad es. applicati agli indumenti in tintoria), limette, forbici e altri eventuali oggetti metallici;
- asportare cosmetici dal volto.

DICHIARO:

- di essere stato/a esaurientemente e chiaramente informato dal personale addetto circa gli accertamenti clinici e strumentali a cui dovro' essere sottoposto, anche dell'uso di mezzi di contrasto, di tecniche e metodiche invasive ai fini diagnostici e terapeutici.
- di essere consapevole dei rischi generici inerenti la tecnica e le metodiche da attuarsi a me esposti in modo chiaro e comprensibile, e i rischi specifici del caso
- di accettare fin d'ora ogni modifica sia di esecuzione tecnica concordata che terapeutica, qualora se ne presentasse la necessita';
- di essere a conoscenza di avere le facolta' e l'opportunita' di chiedere ulteriori spiegazioni in ogni momento.

Nome e Cognome del Medico

Nome e Cognome del Paziente o di chi esercita la patria potestà

.....
Firma Medico

.....
Firma del Paziente o di chi esercita la patria potestà