MODULO DI ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Nota informativa relativa all'esame RM

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM sfrutta l'impiego di intensi campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a RF. In alcuni tipi di indagine possono anche essere somministrate al paziente, per via endovenosa, alcune sostanze con proprietà paramagnetiche come mezzo di contrasto; in tal caso egli si presenterà digiuno da cibi solidi da almeno 6 ore, e berrà 1,5/2 litri di acqua non gassata dal giorno prima dell'esame, per mantenere una buona idratazione. Ad eccezione di tali casi, 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 per indagini diagnostiche mediante RM, è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza. Nel corso dell'esame RM è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse. L'evenienza più probabile è rappresentata da una crisi di claustrofobia a carattere passeggero. 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. E' inoltre da considerare una sua potenziale nefrotossicità, pertanto è indispensabile una preliminare valutazione della funzionalità renale (recente creatininemia con calcolo del filtrato glomerulare). Il sito RM garantisce sempre la presenza di personale medico specializzato pronto ad intervenire in caso di emergenze mediche di tale genere.

Esecuzione dell'esame RM

I pazienti possono essere sottoposti all'esame RM solo previa esclusione di ogni possibile controindicazione all'esame RM, da accertarsi a cura del Medico Responsabile della prestazione diagnostica (MRP), previo utilizzo dell'apposito questionario anamnestico e del modulo di consenso informato.
Per effettuare l'esame RM è necessario che il paziente, ove del caso supportato dal personale di servizio:
tolga eventuale trucco per il viso e lacca per capelli; □depositi 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, ecc.); tolga eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito; tolga lenti a contatto o occhiali; si spogli, e successivamente indossi l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio; utilizzi la cuffia o gli appositi tappi auricolari fornitigli.
La durata media dell'esame RM è approssimativamente pari a 30 minuti, ma può variare in relazione a esigenze cliniche e al numero di distretti anatomici da esaminare. Durante la fase di acquisizione dati dell'esame RM sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchiatura RM. Le condizioni di ventilazione, illuminazione e temperatura sono tali da assicurare il massimo benessere, e ridurre possibili effetti claustrofobici. Durante la fase di esame è necessario rimanere tranquilli e mantenere il massimo grado di immobilità per non compromettere il risultato diagnostico dell'immagine. La respirazione regolare e la deglutizione della saliva non disturbano l'esame. In alcuni tipi di indagine può essere richiesto al paziente di collaborare mediante atti respiratori e brevi periodi di apnea al fine di migliorare la qualità diagnostica delle immagini. Nella sala comando è sempre presente personale di servizio pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità. Il paziente è sempre in contatto vocale, acustico e 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 o svenimento, è opportuno che il paziente avverta quanto prima il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM, utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione.

Questionario Preliminare

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi. Tale questionario deve essere attentamente compilato e firmato dal Medico Responsabile della Prestazione Diagnostica, il quale, in relazione alle risposte fornite dal paziente, può concludere che non sussistano controindicazioni all'esame RM. La controfirma del paziente a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce – fra le altre, anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte falsi o mendaci ai quesiti sottopostigli.

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.

Servizi di Radiodiagnostica *ASSL Carbonia – ATS Sardegna*
Presidio Ospedaliero Sirai – Carbonia
Presidio Ospedaliero CTO - Iglesias
www.aslcarbonia.it
www.atssardegna.it

Dati del paziente

Cognome_____Nome_____
Data e luogo di nascita_____Peso (Kg) _____
Residenza_____Recapito Tel. _____
Indagine richiesta_____
Reparto/Medico richiedente l'esame RM_____

☐ Ha eseguito in precedenza esami RM?	SI	NO
☐ Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di Contrasto?	SI	NO
☐ Soffre di claustrofobia?	SI	NO
☐ Soffre di claustrofobia?	SI	NO
☐ Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	SI	NO
☐ È stato vittima di traumi da esplosioni	SI	NO
☐ Ultime mestruazioni avvenute: _____		
☐ Ha subito interventi chirurgici su: testa☐ collo☐ addome☐ torace☐ altro: _____	SI	NO
☐ È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	SI	NO
☐ È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	SI	NO
☐ È portatore di schegge o frammenti metallici?	SI	NO
☐ È 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
☐ Atri 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

Servizio di Radiodiagnostica P.O. C.T.O.
Via Cattaneo – Iglesias
Tel. 0781 – 3922650 – 2606 – 2619
Fax 0781 - 3922743
Mail: radiologia.iglesias@atssardegna.it

Sala Operativa Amministrazione Sistemi DIS-RIS/PACS
P.P. O.O. Carbonia-Iglesias
Tel. 0781 – 6683325 – 3320
Fax 0781 - 6683687

Servizio di Radiodiagnostica P.O. SIrai
Via Ospedale snc - Carbonia
Tel. 0781 – 6683320–3321–3410
Fax 0781-6683687
Mail: radiologia.carbonia@atssardegna.it

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

Firma del Medico Radiologo _____ Data ____/____/_____

Consenso informato all'esame RM

Il paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame.

Firma del Paziente _____ Data ____/____/_____

(Se paziente minorenne è necessaria firma di un genitore o di chi ne fa le veci.)

Consenso informato alla somministrazione di mezzo di contrasto

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione.

Firma del Paziente _____ Data ____/____/_____

(Se paziente minorenne è necessaria firma di un genitore o di chi ne fa le veci.)

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; in alternativa il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà richiesto il Suo consenso.
Tutte le informazioni raccolte ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 e successive modificazioni, concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

In data____/____/_____**REVOCO IL CONSENSO** - *Nome e Cognome* _____

Firma_____

(Se paziente minorenne è necessaria firma di un genitore o di chi ne fa le veci.)