MODULO DI ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

QUESTIONARIO SOMMINISTRATO DA: (indicare nome cognome e qualifica professionale dell'operatore RM)

_____

DATI DEL PAZIENTE

Cognome _____ Nome_____

Data e luogo di nascita _____ Peso (Kg) _____

Residenza _____ Recapito Tel. /cell._____

Indagine richiesta _____

Reparto/Medico richiedente l'esame RM _____

NOTA INFORMATIVA RELATIVA ALL'ESAME RM

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive, ma 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. Ad eccezione di tali casi, la RM si configura come un esame diagnostico non invasivo.
Nel caso di esami su donne in stato di gravidanza accertata o presunta, particolare attenzione è rivolta alla giustificazione, in particolare in regime di urgenza, e all'ottimizzazione dell'esame RM, nei confronti e tenendo conto sia della paziente che del nascituro.
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 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.

Esecuzione dell'esame RM

I pazienti possono essere sottoposti all'esame RM solo previa esclusione di ogni possibile controindicazione, 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, mollette, gioielli, fermagli per capelli, vestiti con lampo o targhette metalliche o bottoni metallici, tessere magnetiche, carte di credito, ecc.);
- tolga eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito;
- tolga lenti a contatto o occhiali;
- si spogli, tolga calze di nylon e indumenti in acrilico, 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 alle esigenze cliniche e ai distretti anatomici da esaminare. Durante la fase di acquisizione 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. 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 ANAMNESTICO PRELIMINARE

	SI	NO
Ha eseguito in precedenza esami RM?	☐	☐
Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto?	☐	☐
Soffre di claustrofobia?	☐	☐
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	☐	☐
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	☐	☐
È stato vittima di traumi da esplosioni?	☐	☐

Ultime mestruazioni avvenute: _____

Ha subito interventi chirurgici su:

☐ Testa ☐ Collo ☐ Addome ☐ Estremità ☐ Torace ☐ Altro: _____

È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	☐	☐
È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	☐	☐
È portatore di schegge o frammenti metallici?	☐	☐
È portatore di:		
Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	☐	☐
Valvole cardiache?	☐	☐
Stents?	☐	☐
Defibrillatori impiantati?	☐	☐
Distrattori della colonna vertebrale?	☐	☐
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	☐	☐
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	☐	☐
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	☐	☐
Atri tipi di stimolatori?	☐	☐
Corpi intrauterini?	☐	☐
Derivazione spinale o ventricolare?	☐	☐
Protesi dentarie fisse o mobili?	☐	☐
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.?	☐	☐
Altre protesi?	☐	☐

Localizzazione: _____

Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?	☐	☐
Informazioni supplementari		
È affetto da anemia falciforme?	☐	☐
È portatore di protesi del cristallino?	☐	☐
È portatore di piercing o tatuaggi?	☐	☐

Localizzazione: _____

Sta utilizzando cerotti medicali?	☐	☐

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 _____ **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**_____

- **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**_____

** In caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.*