



**AUTORIZZAZIONE ESECUZIONE ALL'ESAME CON RISONANZA MAGNETICA**

**DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE/UTENTE**

Codice identificativo paziente (se disponibile)	Cognome _____ Nome _____
	Data di nascita _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Peso _____
	Unità Operativa di provenienza _____
	Esame richiesto _____
	Quesito diagnostico _____

**PARTE 1: SCHEDE INFORMATIVA**

*Gentile utente,*

*prima di sottoporsi all'esame di Risonanza Magnetica, Le consigliamo di leggere le seguenti note che potranno aiutarla ad affrontare con maggior sicurezza e serenità questo esame.*

L'indagine di Risonanza Magnetica utilizza un **campo magnetico intenso** e onde elettromagnetiche a radiofrequenza. L'elevata intensità del campo magnetico esercita, come una potente calamita, una forte attrazione su materiali ferromagnetici di cui Lei può essere portatore (come per esempio schegge o punti di sutura metallici), con conseguente possibilità di creare effetti indesiderati. L'attenta **compilazione del questionario** che ha ricevuto, garantisce la prevenzione di tali possibili evenienze.

Ad eccezione di condizioni cliniche particolari per la salute del feto o per la madre, è prudente escludere dalla Risonanza Magnetica le gestanti, in particolare nel primo trimestre di gravidanza, anche se non è stata comprovata la sensibilità dell'embrione ai campi magnetici e di radiofrequenza utilizzati per tali indagini.

L'indagine di Risonanza Magnetica può richiedere un tempo variabile da **30 a 60** minuti, durante i quali Le chiediamo di mantenere **l'assoluta immobilità**. Movimenti anche piccoli possono infatti seriamente danneggiare la qualità dell'esame. Durante l'esame la macchina emetterà un **rumore ritmico** causato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura; a tal proposito Le verranno fornite delle cuffie di protezione.

Per lo studio di alcuni organi od apparati può essere indicato e necessario l'uso di sostanze paramagnetiche - il cosiddetto **mezzo di contrasto** (a base di Gadolinio) - che Le verrà somministrato per via endovenosa. Nonostante l'uso in milioni di casi, si sono avuti rari e minimi disturbi collaterali, come per esempio nausea e vomito. Tuttavia deve essere evitato in caso di grave insufficienza renale cronica (solitamente espressa in 4 ml/Kg di VFG). A tal fine è necessario che il paziente si presenti il giorno dell'appuntamento con un esame recente (datato meno di 30 giorni) che attesti il livello di Creatinemia. A riguardo La informiamo che le caratteristiche di tali farmaci "permettono tranquillità di impiego, pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione iniettabile" (Circolare del Ministero della Sanità 900.VI/11.AG./642 del 17.9.97)

**In caso di necessità** e in qualsiasi momento, Lei potrà comunicare con gli operatori sanitari presenti in sala comando: il microfono collocato all'interno dell'abitacolo è costantemente attivato. In qualsiasi momento l'esame può essere sospeso senza conseguenze dannose.

**Le raccomandiamo infine di:**

- asportare dal volto eventuali cosmetici;
- lasciare nello spogliatoio tutti gli oggetti metallici (fermagli per capelli, forcine, mollette, occhiali, fibbie, orologio, chiavi, orecchini, catenine, ecc.), i tesserini magnetici, le carte di credito;
- togliere eventuali apparecchi per udito, dentiere mobili, cinta sanitaria, lenti a contatto;
- indossare solamente il camice ospedaliero che troverà nello spogliatoio,
- **esibire la documentazione clinica, radiologica e strumentale relativa ad accertamenti precedentemente eseguiti ed eventuali lettere di dimissione.**

**PARTE 2: QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER RISONANZA MAGNETICA****ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO**

Per la corretta esecuzione dell'indagine e per escludere controindicazioni alla stessa è indispensabile compilare il questionario in ogni sua parte. In particolare prestare attenzione al seguente punto:

- Se nel seguente questionario viene barrata una qualsiasi delle caselle corrispondenti alla voce **SI**, ci sono possibili controindicazioni allo svolgimento dell'esame di Risonanza Magnetica. In tal caso il medico radiologo deciderà se il paziente può essere sottoposto all'esame.

**IMPORTANTE:**

*I portatori di protesi/impianti devono allegare le specifiche dei dispositivi o la dichiarazione dello specialista esecutore dell'impianto, comprendente informazioni sull'eventuale compatibilità con la risonanza magnetica.*

**QUESTIONARIO**

Il paziente soffre di Claustrofobia	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
<b>Il paziente è portatore di:</b>			
Pacemaker cardiaco	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Defibrillatori impiantati	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Protesi cocleari (orecchio interno)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Protesi otologiche (orecchio medio)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se <b>SI</b> indicare il tipo e l'anno di impianto _____ e compatibilità con risonanza <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>
Clips vascolari ferromagnetiche intracraniche	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Clips	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> endocraniche <input type="checkbox"/> endovascolari <input type="checkbox"/> cervello <input type="checkbox"/> endoorbitarie <input type="checkbox"/> aneurismi aorta
Neurostimolatori o stimolatori di crescita ossea	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Pompe impiantabili per infusione di farmaci non	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Valvole cardiache o altri tipi di protesi cardiovascolari comprese trans apicali e percutanee (Tavi)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se <b>SI</b> indicare il tipo e l'anno di impianto _____ e compatibilità con risonanza <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>
Filtri vascolari – Stents	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se <b>SI</b> indicare la data di impianto ....../....../....
Protesi o viti ortopediche	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Protesi	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> cristallino <input type="checkbox"/> oculari magnetiche
Impianti oculari (molle palpebrali, punti retinici)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Espansori mammari	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Protesi peniene	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
Cateteri di derivazione spinale o ventricolare	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se <b>SI</b> indicare il tipo e l'anno di impianto _____ e compatibilità con risonanza <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>
Spirale intrauterina (IUD) e diaframma contraccettivo	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<b>Si ricorda di contattare il medico ginecologo dopo l'effettuazione dell'esame</b>
Tatuaggi estesi o trucco permanente	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se <b>SI</b> indicare zona del corpo _____
Body piercing	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se <b>SI</b> indicare zona del corpo _____
<b>Per le donne in età fertile</b>			
Gravidanza presunta o in atto	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Data dell'ultima mestruazione ....../....../....
E' stato sottoposto a interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se <b>SI</b> indicare data, tipo, sede, di ogni intervento subito: <input type="checkbox"/> Testa <input type="checkbox"/> Estremità <input type="checkbox"/> Torace <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Collo <input type="checkbox"/> Addome
E' stato vittima di esplosioni, incidenti di caccia, traumi/incidenti stradali?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se <b>SI</b> precisare eventuali danni subiti, eventuale presenza e localizzazione di schegge e corpi metallici _____
Ha lavorato/lavora come fabbro,tornitore, saldatore, carrozziere, addetto alla lavorazione di vernici metallizzate	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Eventuali note _____ _____

**PARTE 3: QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ESECUZIONE DI RISONANZA MAGNETICA CON MEZZI DI CONTRASTO****A CURA DEL MEDICO CURANTE/PRESCRITTORE**

Precedenti somministrazioni di M.D.C.	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> gadolinio <input type="checkbox"/> iodato <input type="checkbox"/> altro _____
Precedenti reazioni al M.D.C	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se si, specificare _____
Eventuali trattamenti farmacologici	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se si, specificare _____
Precedenti reazioni a farmaci:	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se si, a quali farmaci _____
Altre forme allergiche (es. Asma)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	Se si, specificare _____
<b>Eventuali malattie accertate/possibili fattori di rischio</b>	<input type="checkbox"/> Insufficienza epatica grave <input type="checkbox"/> Insufficienza renale acuta <input type="checkbox"/> Insufficienza renale cronica CKD 3 (VFG < 60 ml/min) <input type="checkbox"/> Insufficienza renale cronica CKD 4 e 5 (VFG < 30 ml/min)  In caso di esami RM ripetuti, specificare se è stata eseguita somministrazione di M.D.C. nei 7 gg precedenti. Data ..../..../....  <input type="checkbox"/> Creatininemia ____ (mg/dl) e VFG _____ eseguito il ..../..../....  <input type="checkbox"/> Altro _____ <b>Allegare esami di laboratorio e referti diagnostici che definiscono il grado delle condizioni patologiche.</b>		
<b>Allattamento al seno</b>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Valutare la necessità di scartare il latte nelle 24 ore dopo la somministrazione del mezzo di contrasto.		
<b>Per le donne in età fertile</b>	Gravidanza presunta o in atto <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Data ultima mestruazione ..../..../....		

**PARTE 4: ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO**

Dopo aver riflettuto sulle informazioni ricevute, aver preso visione della nota informativa, ed aver risposto con precisione alle domande sopra elencate,

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**ACCETTO**

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'indagine diagnostica proposta, compreso la somministrazione del mezzo di contrasto se necessario. Sono a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento.

Data ..../..../.... Firma del paziente/utente \* \_\_\_\_\_

**A CURA DEL MEDICO CURANTE/PRESCRITTORE:** In base ai dati anamnestici forniti dal paziente ed ai dati clinici attualmente in mio possesso non si rilevano discrepanze rispetto a quanto dichiarato dal Sig. \_\_\_\_\_

Data ..../..../.... Firma del medico curante/prescrittore \_\_\_\_\_

**A CURA DEL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE:** Per assunzione di responsabilità, avendo puntualmente verificato quanto sopra riportato autorizzo l'esecuzione dell'esame.

Data ..../..../.... Firma del medico radiologo responsabile \_\_\_\_\_

\* Firma dell'esercente/i la potestà genitoriale in caso di minore

\* Firma del curatore o tutore o amministratore di sostegno in caso di incapacità