

QUESTIONARIO SOMMINISTRATO DA OPERATORE EQUIPE RM:

NOME _____ COGNOME _____ QUALIFICA _____

NOME E COGNOME DEL PAZIENTE

DATA E LUOGO DI NASCITA

PESO DEL PZ (Kg)

INDAGINE RICHIESTA:

DATA:

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 radiofrequenza. In alcuni tipi di indagine possono essere anche somministrate al paziente, per via endovenosa, alcune sostanze con proprietà paramagnetiche come mezzo di contrasto.

Ad eccezione di tali casi l'esame RM si configura come un esame diagnostico non invasivo. Nel caso di esame 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 è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse. L'evenienza più probabile è rappresentata da una crisi claustrofobica 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 e intolleranza individuale, alla sostanza iniettata, come orticaria o altri fenomeni allergici che possono essere del tutto imprevedibili. 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.

Il Medico Radiologo Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM, prima dell'infusione del mezzo di contrasto, valuterà il risultato della creatinina ematica e, qualora il valore fosse al di fuori del range di normalità, potrebbe decidere di non autorizzare l'esecuzione dell'esame RM con mezzo di contrasto.

Per effettuare l'esame RM è necessario:

- togliere eventuale trucco per il viso e lacca per capelli.
- depositare nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (cellulari, monete, orologi, chiavi, ganci automatici, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, cinta sanitaria, vestiti con lampo, pinzette metalliche, punti metallici, tessere magnetiche, carte di credito, coltelli tascabili, ferma soldi, limette, forbici etc.).
- togliere dentiera, corone temporanee mobili e apparecchi per l'udito, lenti a contatto od occhiali, calze di nylon, indumenti di acrilico.
- spogliarsi e indossare l'apposito camice monouso e utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio

La durata media di un esame RM è di circa 30 minuti, ma può variare in relazione ad esigenze cliniche e al numero dei 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. Durante l'esame sarà 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 avvertire quanto prima il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione.

Nel caso sia portatore di un qualsiasi prodotto metallico fra quelli menzionati nel questionario anamnestico è obbligatorio presentare la documentazione che attesti l'eventuale compatibilità con il campo elettromagnetico.

La controfirma che apporrà a piè del questionario anamnestico, in calce alla formula del consenso, garantisce, fra le altre, anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte false o mendaci ai quesiti che le sono stati sottoposti.

NOME E COGNOME DEL PAZIENTE

DATA E LUOGO DI NASCITA

PESO DEL PZ (Kg)

INDAGINE RICHIESTA:

Data:

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER L'ESECUZIONE DI RM

1. Ha eseguito in precedenza esami RM? SI NO
 Data..... e tipo dell'esame RM.....
2. Ha eseguito recentemente un esame RX o TC?
 Data..... e tipo di esame RX o TC
3. Soffre di claustrofobia? SI NO
4. Ha mai lavorato o lavora come saldatore, tornitore, carrozziere? SI NO
5. Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? SI NO
6. E' stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO
7. Data ultima mestruazione..... è in stato di gravidanza? SI NO
8. Ha subito interventi chirurgici su
 Testa..... Addome..... Collo.....
 Estremità..... Torace Altro.....
9. E' portatore di:
 - Schegge o frammenti metallici SI NO
 - 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
 - Pace maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci SI NO
 - Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito SI NO
 - Neurostimolatori, elettrodi, impianti nel cervello o subdurali SI NO
 - Altri tipi di stimolatori _____ SI NO
 - Corpi intrauterini SI NO
 - Derivazione spinale o ventricolare SI NO
 - Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari), viti, chiodi SI NO
 - Altre protesi _____ SI NO
 - Protesi dentarie fisse o mobili SI NO
 - Protesi del cristallino (cataratta) nell'anno..... SI NO
 - Piercing SI NO
 - Cerotti medicamentosi SI NO
10. Ritiene di avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe non esserne a conoscenza? SI NO
 Informazioni supplementari _____
11. E' affetto da Anemia Falciforme? SI NO
12. Soffre di crisi epilettiche? SI NO
13. Ha tatuaggi? In particolar modo eseguiti con inchiostro metallico SI NO
 Localizzazione _____
14. Si è mai sottoposto ad esami radiologici con mezzo di contrasto paramagnetico? SI NO
15. Se sì, ha avuto una reazione allergica o pseudo allergica? SI NO
 Descrizione delle reazioni _____
16. E' affetto da asma bronchiale o orticaria-angioedema non controllati da terapia farmacologica? SI NO
17. E' affetto da Mastocitosi? SI NO
18. Ha avuto una pregressa anafilassi idiopatica (ovvero storia di episodio di anafilassi in cui non è riconoscibile la causa scatenante)? SI NO
19. Ha eseguito a casa una terapia desensibilizzante prima dell'esame RM con m.d.c.? SI NO
20. La terapia desensibilizzante è stata prescritta da: _____
21. Valore della Creatinina ematica: _____ eseguito in data: _____
22. Valore del Potassio ematico per Epatospecifico: _____ eseguito in data: _____

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM, preso atto delle risposte fornite dal Sig./Sig.ra NOME E COGNOME DEL PAZIENTE ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari, AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Data:

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame

CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME RM

Il/La sottoscritto/a si 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.

Data:

Firma del paziente o di chi ne fa le veci

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO

Il/La sottoscritto/a 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.

Data:

Firma del paziente o di chi ne fa le veci