

## NORME DI PREPARAZIONE

### RMN COXOFEMORALE/FEMORE SX SENZA CONTRASTO

IL GIORNO DELL'ESAME, RIPORTARE COMPILATO IL CONSENSO INFORMATO.

L'ASSENZA DELLA PRESCRIZIONE MEDICA PRECLUDE L'ESECUZIONE DELL'ESAME.

NON E' NECESSARIO SOSPENDERE L'ASSUNZIONE DI FARMACI IN USO (ES: ANTI-IPERTENSIVI), ASSUMERLI CON UN PO' D'ACQUA.

<b>CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE all'esecuzione dell'ESAME RM</b> <i>L'indagine non può essere eseguita in presenza di una di queste situazioni</i>	
Paziente Portatore di <b>pace-maker cardiaco o ICD o loop recorder qualora "un-safe" o conditional se al di fuori delle specifiche del fabbricante</b>	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di <b>schegge o frammenti metallici</b> in sede oculare, viscerale o intracranica;	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di impianti a rete metallica, espansori tissutali (mammella)	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di protesi metalliche, impianti cocleari e protesi stapediali, placche o viti, fili, chiodi, distrattori della colonna, clips vascolari ferromagnetiche, valvole cardiache meccaniche, catetere di Swan-Ganz, elettrodi endocorporei, neurostimolatori, filtri vascolari, stent e spirali metalliche <b>di cui non si conoscano le caratteristiche (Casa costruttrice, tipo e data di impianto) e/o la sicura compatibilità magnetica</b>	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di <b>Tatuaggio</b> eseguito da <b>meno di 60 gg.</b>	<input type="checkbox"/>

**NB. nel caso di situazioni dubbie è obbligatorio avviare il paziente alla raccolta informativa presso la struttura che ha impiantato il "device" e, successivamente, alla valutazione de Medico Radiologo Responsabile dell'Esecuzione dell'Esame.**

	<b>ESAMI di RISONANZA MAGNETICA</b> Questionario Anamnestico Nota Informativa Consenso informato all'Esame Preparazione Paziente Allergico	cons_DDI_010  rev 0  pagina 1 di 4
	<b>Servizio Diagnostica per Immagini</b> Responsabile: Dr. Luca Giuseppe Crespi	

### QUESTIONARIO ANAMNESTICO

La presente scheda è parte integrante della documentazione clinica del Paziente e deve essere consegnata, debitamente compilata, al Medico Responsabile dell'indagine RM (Risonanza Magnetica) e da Questi rivalidata.

Nome e Cognome del Paziente \_\_\_\_\_

età \_\_\_\_\_ anni (compiuti)      peso (Kg) \_\_\_\_\_

Nome e Cognome Medico Prescrivente (M.P) \_\_\_\_\_  
firma M.P.

Esame Proposto: \_\_\_\_\_

Quesito Diagnostico (campo obbligatorio)

#### CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE all'esecuzione dell'ESAME RM

*L'indagine non può essere eseguita in presenza di una di queste situazioni*

Paziente Portatore di <b>pace-maker cardiaco o ICD o loop recorder</b> qualora "un-safe" o conditional se al di fuori delle specifiche del fabbricante	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di <b>schegge o frammenti metallici</b> in sede oculare, viscerale o intracranica;	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di impianti a rete metallica, espansori tissutali (mammella)	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di protesi metalliche, impianti cocleari e protesi stapediale, placche o viti, fili, chiodi, distrattori della colonna, clips vascolari ferromagnetiche, valvole cardiache meccaniche, catetere di Swan-Ganz, elettrodi endocorporei, neurostimolatori, filtri vascolari, stent e spirali metalliche <b>di cui non si conoscano le caratteristiche (Casa costruttrice, tipo e data di impianto) e/o la sicura compatibilità magnetica</b>	<input type="checkbox"/>
Paziente Portatore di <b>Tatuaggio</b> eseguito da <b>meno di 60 gg.</b>	<input type="checkbox"/>

**NB. nel caso di situazioni dubbie è obbligatorio avviare il paziente alla raccolta informativa presso la struttura che ha impiantato il "device" e, successivamente, alla valutazione del Medico Radiologo Responsabile dell'Esecuzione dell'Esame.**

#### CONTROINDICAZIONI RELATIVE all'esecuzione dell'ESAME RM

*L'effettiva controindicazione all'effettuazione dell'indagine RM, anche in caso di sussistenza di una sola delle condizioni sotto elencate è valutata dal Medico Responsabile dell'Esecuzione dell'Esame*

<b>Claustrofobico ?</b>	SI	NO
In <b>stato di Gravidanza?</b> (Settimana _____) <b>N.B: la Risonanza magnetica è controindicata nel I trimestre)</b>	SI	NO
Ha febbre?	SI	NO
Portatore di <b>protesi del cristallino applicata precedentemente all'anno 1985 ?</b>	SI	NO
Portatore di <b>schegge o frammenti metallici in sedi non vitali</b> (ha lavorato come tornitore, saldatore, carrozziere? Ha mai subito incidenti stradali, di caccia o ferite di guerra?)	SI	NO
Ha subito <b>interventi chirurgici</b> su collo, addome, torace, arti? indicare quali: _____	SI	NO
Portatore di <b>pompe di infusione di farmaci ?</b>	SI	NO
Portatore di <b>dispositivi intrauterini ?</b> Se sì, utile valutazione ginecologica successiva all'esame	SI	NO
Portatore di <b>protesi dentarie fisse o mobili ?</b>	SI	NO
Portatore di <b>shunt liquorale ventricolo-peritoneale ?</b>	SI	NO
Portatore di <b>tatuaggio ?</b> Se costituito da materiale ferromagnetico può causare surriscaldamento e/o irritazione locale fino ad ustioni	SI	NO
Presenza di <b>cosmetici con polveri ferromagnetiche (mascara, eyeliner, etc.) ?</b>	SI	NO
Portatore di <b>piercing ?</b> (può mobilizzarsi o causare ustioni)	SI	NO

	<b>ESAMI di RISONANZA MAGNETICA</b> Questionario Anamnestico Nota Informativa Consenso informato all'Esame Preparazione Paziente Allergico	cons_DDI_010  rev 0
	<b>Servizio Diagnostica per Immagini</b> Responsabile: Dr. Luca Giuseppe Crespi	pagina 2 di 4

**Prescrizione per esami RM, solo se effettuati con mezzo di contrasto paramagnetico (m.d.c)**  
*Si rammenta, nel caso di esame RM con contrasto, che è opportuno un digiuno di 6 ore prima dell'esame.*

La presenza di insufficienza renale grave o moderata può essere concausa di una grave patologia denominata **fibrosi nefrogenica sistemica, si richiede che tutti i pazienti effettuino, entro i 30 giorni che precedono l'esame di RM, il dosaggio ematico della creatininemia e portino il risultato il giorno dell'esame.**

- |     |  |           |           |
|-----|--|-----------|-----------|
| i)  | <b>Paziente con nota allergia al mdc</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| ii) | <b>Paziente allergico</b> con precedenti episodi di distress respiratorio, manifestazioni orticarioidi generalizzate gravi, angioedema, broncocostrizione, shock anafilattico, perdita di coscienza) | <b>SI</b> | <b>NO</b> |

**Nel caso di risposta affermativa è consigliata la preparazione Preventiva riportata a pagina 4, del presente modulo.**

<b>Il Medico Responsabile dell'indagine RM.</b> Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari <b>AUTORIZZA</b> all'esecuzione dell'indagine RM	
Data _____	_____ <b>Firma del Medico Responsabile dell'esame</b>

<b>CONSENSO INFORMATO all'indagine RM</b>	
<b>IL PAZIENTE</b> Ritene 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 _____	_____ <b>Firma del Paziente (o del Genitore o Tutore nei casi previsti)</b>
Parte di competenza delle signore pazienti in stato di gravidanza, preventivamente informata dal Medico Responsabile della RM sulla tipologia e sui possibili rischi dell'esame <i>Da compilare in caso gravidanza accertata o presunta all'atto dell'esecuzione dell'esame</i>	
- <b>ACCONSENTO</b> di sottopormi all'indagine	- <b>NON ACCONSENTO</b> di sottopormi all'indagine

	<b>ESAMI di RISONANZA MAGNETICA</b> Questionario Anamnestico Nota Informativa Consenso informato all'Esame Preparazione Paziente Allergico	cons_DDI_010  rev 0
	<b>Servizio Diagnostica per Immagini</b> Responsabile: Dr. Luca Giuseppe Crespi	pagina 3 di 4

### NOTA INFORMATIVA

L'esame con **Risonanza Magnetica** viene effettuato senza l'impiego di raggi X, utilizzando solo un forte campo magnetico ed onde a radiofrequenza.

La durata dell'indagine può essere molto diversa in rapporto al tipo di esame (20 minuti – 1 ora).

Il personale della struttura erogatrice è sempre presente e a Sua disposizione per qualsiasi necessità.

**SI PREGA DI PORTARE, CON SE', TUTTI GLI ESAMI RADIOLOGICI E STRUMENTALI PRECEDENTI ED EVENTUALI COPIE DI CARTELLE CLINICHE INERENTI AL QUESITO DIAGNOSTICO**

**Per effettuare l'esame TOGLIERE** indumenti con parti metalliche, lenti a contatto, protesi auricolari e tutte le altre protesi mobili, mollette per capelli, cosmetici dal volto, lacca, piercing, occhiali, gioielli, orologi, ganci, monete e ogni altro tipo di oggetto metallico, carte di credito, schede magnetiche.

### IN CASO DI IMPIEGO DI MEZZO di CONTRASTO

- *Per l'esecuzione di alcune indagini di RM può essere necessaria l'iniezione endovenosa di **mezzo di contrasto paramagnetico**.*
- *Come con tutti i farmaci, si possono verificare effetti collaterali o reazioni allergiche.*
- *Solo raramente sono state segnalate evenienze più gravi e pericolose per la vita del Paziente.*

**Le Strutture Diagnostiche erogatrici di esami RM, dispongono comunque di personale e di attrezzature idonee ad affrontare tali reazioni avverse.**

**L'esame non viene eseguito ai pazienti allergici al lattice in quanto la struttura non dispone di procedure rianimatorie latex free**

### CONSENSO ALL'ESAME con mezzo di contrasto

(per il paziente in generale, in particolare per la donna in stato di gravidanza)

Esaurientemente informato/a  
dal Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

sui rischi concernenti l'effettuazione dell'esame di RM con impiego di mezzo di contrasto per via endovenosa

• <b>ACCONSENTO</b> di sottopormi all'indagine	• <b>NON ACCONSENTO</b> di sottopormi all'indagine
--	--

Data _____	<b>Firma del/la paziente o del genitore o tutore</b>  _____
------------	---

Data _____	<b>Firma leggibile del Medico che ha comunicato le informazioni</b>  _____
------------	--

	<b>ESAMI di RISONANZA MAGNETICA</b> Questionario Anamnestico Nota Informativa Consenso informato all'Esame Preparazione Paziente Allergico	cons_DDI_010
	<b>Servizio Diagnostica per Immagini</b> Responsabile: Dr. Luca Giuseppe Crespi	rev 0  pagina 4 di 4

## PREPARAZIONE PAZIENTE ALLERGICO

### PROMEMORIA

*Si riporta la preparazione dei pazienti allergici, qualora si è risposto positivamente ad una delle seguenti condizioni:*

i)	Soggetti con allergia nota al m.d.c
ii)	Soggetti allergici con precedenti episodi di distress respiratorio, manifestazioni orticarioidi generalizzate gravi, angioedema, broncocostrizione, shock anafilattico, perdita di coscienza

**Si ritiene che la preparazione PREVENTIVA debba essere eseguita secondo il seguente schema:**

### PREPARAZIONE

- Prednisone 50 mg - 14 ore e 2 ore prima della procedura
- Antistaminico, secondo disponibilità commerciale, da assumere 2 ore prima della procedura
- Omeprazolo 20mg – 14 ore e 2 ore prima della procedura

Idratazione per OS, 500 ml prima della procedura ed almeno 2000 ml nelle 24 ore successive alla stessa

### DI PERTINENZA della U.O. di Radiologia

*Nel caso di PAZIENTI NON precedentemente PREPARATI, se l'indagine è assolutamente indispensabile.*

**A giudizio del medico esecutore, l'indagine RM potrà essere eseguita subito dopo il seguente schema preparatorio:**

- Metilprednisolone 40 mg
- Clorfenamina 10 mg o, in sostituzione,  
Prometazina cloridrato, fiala 50 mg/2ml
- + Sol. Fisiologica 250 ml in 15 minuti circa
- Omeprazolo 20mg