

Foglio informativo per il paziente per esami di risonanza magnetica

Leggete attentamente queste informazioni per eseguire questo esame nelle migliori condizioni

Le è stata prescritta una Risonanza Magnetica. L'esame al quale Lei sarà sottoposto viene effettuato senza l'impegno di raggi X o di sostanze radioattive: infatti vengono utilizzati un campo magnetico e segnali di radio- frequenza simili a quelli delle trasmissioni radiotelevisive.

ATTENZIONE

- **Non potete essere sottoposti a questo esame se**
 - siete portatori di pace-maker
- **Forse non potrete essere sottoposti a questo esame se:**
 - siete portatori di una protesi valvolare (certi tipi di valvole controindicano l'esame, altre no)
 - avete subito un intervento chirurgico con posizionamento di clips metalliche
 - siete portatori di una pompa per insulina
 - siete portatori di elettrostimolatori cerebrali o midollari
 - siete in stato di gravidanza
- **Forse non potrete essere sottoposti a questo esame con mezzo di contrasto se:**
 - avete insufficienza renale
- **Potete essere sottoposti a questo esame con mezzo di contrasto se:**
 - siete portatori di una protesi d'anca o di ginocchio
 - avete la spirale (è comunque consigliabile fare una visita ginecologica dopo l'esecuzione dell'esame)

Per effettuare l'esame occorre:

- togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, cinta sanitaria;
- togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, coltelli tascabili, fermasoldi, monete, chiavi, ganci, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, pinzette metalliche, limette, forbici e altri eventuali oggetti metallici;
- asportare cosmetici dal volto.

Come si svolge l'esame

Sarete messi comodamente su di un lettino mobile che entrerà dolcemente attraverso l'apertura dell'apparecchio e che rimarrà fermo durante l'esecuzione dell'esame; occorre peraltro una buona collaborazione nel mantenere l'immobilità per tutto il tempo che non è del tutto preventivamente quantificabile, comunque sempre compreso tra i 15 e 45 minuti. La particolare posizione può dare in alcuni casi una sensazione di disagio: il paziente è comunque in costante contatto con l'operatore attraverso un interfono e può interrompere l'esame in qualunque istante.

Al fine di una migliore definizione diagnostica potrebbe rendersi necessaria la somministrazione endovenosa di un mezzo di contrasto che, sia pure raramente, può causare complicanze di tipo allergico a carico di cute e mucose, solo in rarissimi casi queste complicanze possono giungere a reazioni di tipo anafilattico sino allo shock. Inoltre, sono stati recentemente descritti, esclusivamente in soggetti con insufficienza renale, casi di accumulo di tessuto sclero-fibrotico nel tessuto adiposo sottocutaneo.

L'esame incomincia quando udirete un rumore ritmato (come un tam-tam) che corrisponde alla ripresa delle immagini; dopo qualche minuto il rumore cessa e l'apparecchio presenta le immagini al radiologo che si trova dietro al vetro. Durante questa pausa di silenzio non muovetevi assolutamente perché qualsiasi movimento fa perdere il punto di riferimento al radiologo che analizza le immagini. E' importantissimo restare immobili anche durante le altre fasi dell'esame perché durante la registrazione dei dati qualsiasi movimento altera le immagini rendendo impossibile la loro interpretazione.

Questionario e consenso Risonanza Magnetica

Il paziente è pregato di compilare con i suoi dati il sottostante riquadro

Cognome Nome
 Luogo di nascita..... Provincia
 Data di nascita Peso Telefono
 Comune di residenza..... Provincia
 Indirizzo CAP

Questionario per eventuali controindicazioni all'esame

• E' portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci, pompe per infusione, neuro stimolatori, elettrodi cerebrali e subdurali, derivazioni spinali o ventricolari, sistemi di perfusione impiantati?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
• E' portatore di clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
• Ha delle schegge metalliche sottocutanee oppure interne?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
• E' portatore di protesi:		
○ ortopediche?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
○ dentarie?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
○ acustiche?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
○ del cristallino?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
• E' portatore di valvole cardiache o clips per interventi di by pass coronarici?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
• E' affetto da anemia falciforme?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
• E' portatore di distrattori per la colonna vertebrale?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
• Ha subito interventi chirurgici:		
○ alla testa o al collo?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
se sì, quali?		
○ al torace o all'addome?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
se sì, quali?		
○ altri interventi chirurgici?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
se sì, quali?		
• Ha mai lavorato o lavora come saldatore, tornitore, carrozziere?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
• E' stato vittima di esplosioni?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
• Ha mai subito incidenti stradali o di caccia?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
• Se è una donna		
○ è in stato di gravidanza?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
○ è portatrice di spirale uterina?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
○ ultime mestruazioni avvenute		
• E' portatore di tatuaggi o piercing?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
• Soffre di claustrofobia (paura di stare in un ambiente chiuso)?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI

La firma del presente modulo costituisce la presa visione di quanto scritto sopra ed esprime il suo consenso all'esame nelle modalità descritte nel foglio informativo allegato (modello B – Informativa risonanza magnetica) e all'eventuale somministrazione endovenosa di un mezzo di contrasto.

Data

Firma del paziente..... Firma del medico operatore

RISONANZA OSTEOARTICOLARE

Segmento DX SN

Trauma recente? NO SI Data Trauma Distorsione

Traumi precedenti o successivi

Dolore? NO SI Anteriore Esterno Interno

Gonfiore? NO SI Solo dopo il trauma

Asportazione di liquido? NO SI Data Siero Sangue

Precedenti interventi stessa NO SI Data

Tipo di intervento:

RISONANZA ENCEFALO

Pregressi traumi? NO SI Data Tipo

Ipertensione arteriosa? NO SI

Cefalea? NO SI

Tipo e frequenza episodi:

Disturbi Equilibrio Cammino Attenzione

Umore Sonno Mestruazioni

Udito Tipo e lato

Vista Tipo e lato

Sede e tipo

Forza Sede

Precedenti interventi? NO SI Data

Tipo di intervento:

Malattie del NO SI Tipo

RISONANZA COLONNA VERTEBRALE

Trauma recente? NO SI Data Trauma Da caduta

Traumi precedenti o successivi

Dolore? NO SI Rachialgia Irradiato Livello Dove

Tipo e frequenza episodi:

Disturbi Equilibrio Cammino

Sensibilità Sede e tipo

Forza Sede

Urinari Tipo

Precedenti interventi? NO SI Data

Tipo di intervento:

Malattie del metabolismo NO SI Tipo

Foglio notizie allegato alla richiesta di esame contrastografico

Per il Paziente Sig./Sig.ra

- Quesito clinico (se non presente nella richiesta)

.....

- Anamnesi allergopatica positiva NO SI

con particolare riferimento a precedenti episodi di allergia a mdc iodati, valutando la possibilità di una premedicazione con antistaminici e cortisonici (lo schema del protocollo consigliato è disponibile presso la Radiologia).

.....

- Insufficienza renale NO SI

ultima determinazione della Creatininemia in data

- Insufficienza epatica grave NO SI

- Insufficienza cardio – vascolare grave NO SI

- Anamnesi per mieloma o gammopatie monoclonali NO SI

- Altro

Trattamento in corso con:

- **ipoglicemizzanti orali contenenti Metformina** NO SI

sospensione ed eventuale sostituzione della terapia 48 ore prima dell'indagine, protratta per almeno 48 ore, sino comunque al ristabilimento della normale funzionalità renale

- **beta bloccanti** NO SI

valutare la possibilità di una sospensione del trattamento 48 ore prima dell'indagine, viceversa selezionare i Pz che associano un alto rischio allergopatico per una premedicazione con cortisonici ed antistaminici

- **neurolettici o sedativi fenotiazinici** NO SI

valutare la possibilità di sospendere la terapia 48 ore prima dell'indagine

- **interleukina - 2** NO SI

programmare l'indagine solo dopo **due settimane** dalla fine del trattamento

Data

Firma e timbro del medico richiedente

Foglio notizie allegato alla richiesta di esame di Risonanza Magnetica con mezzo di contrasto

Per il Paziente Sig./Sig.ra

E' stato richiesto esame di Risonanza Magnetica che potrebbe richiedere l'utilizzo di mezzo di contrasto endovenoso (Gadolinio): in relazione alle segnalazioni dell'AIFA e alle recenti raccomandazioni delle Società Italiane di Radiologia Medica e di Nefrologia e della FDA è necessario conoscere l'esistenza di condizioni che possano predisporre il paziente all'insorgenza della grave Fibrosi Nefrogenica Sistemica.

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| • Anamnesi allergopatica positiva | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| • Insufficienza renale | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| • Fattori predisponenti l'insufficienza renale | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| ○ Diabete | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| ○ Terapie con eritropoietina | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| ○ Assunzione di farmaci nefrotossici | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| ○ Chirurgia maggiore e vascolare | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| ○ Insufficienza epatica grave | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| ○ Episodi trombotici pregressi | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| ○ Anamnesi per mieloma o gammopatie monoclonali | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |

Altro

In tali casi è necessaria la determinazione dei valori di Creatininemia entro 30 giorni antecedenti la data dell'esame:

ultima determinazione della Creatininemia in data

Data

Firma e timbro del medico richiedente.....