

MARRELLI HEALTH	MODELLI DI REGISTRAZIONE		
	Tipo documento: MODULO GENERALE	Codice identificazione C.I. <u>MRRMMDC</u> <u>M01</u> <u>rev01</u>	
Titolo documento: MODULO DI RICHIESTA PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA CON MDC		Data: 12/02/2025	Pag. 1 di 8

SINTESI INFORMATIVA

CHE COS'E'

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive. La Risonanza Magnetica di base si configura come un esame diagnostico non invasivo e in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza. Tuttavia è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.

A COSA SERVE

Viene utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico dell'encefalo e della colonna vertebrale, dell'addome, pelvi, dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico (articolazioni, osso, tessuti molli).

COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene straiato su un lettino e in relazione al tipo di organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare, queste non provocano dolore o fastidio essendo appoggiate all'esterno del corpo, ad eccezione delle bobine endorettali. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa.

COSA PUO' SUCCEDERE- EVENTUALI COMPLICANZE

Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame.

PREPARAZIONE NECESSARIA -RACCOMANDAZIONI

Si raccomanda quanto segue:

I pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono collaborare con il Medico (Responsabile della Prestazione Diagnostica) al fine di una corretta compilazione di un apposito "questionario anamnestico" (di seguito riportato) utile ad escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

- depositare nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, etc);
- togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito;
- togliere lenti a contatto o occhiali;
- spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio;
- utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio.

Si raccomanda di evitare di truccare il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini.

Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente. Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

MARRELLI HEALTH	MODELLI DI REGISTRAZIONE	
	Tipo documento: MODULO GENERALE	Codice identificazione C.I. <u>MRRMMDC</u> <u>M01</u> <u>rev01</u>
Titolo documento: MODULO DI RICHIESTA PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA CON MDC	Data: 12/02/2025	Pag. 2 di 8

SINTESI INFORMATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO IN RM

- La somministrazione del mezzo di contrasto per via endovenosa è parte integrante dell'esame RM e, in alcuni tipi di indagine, è indispensabile per una corretta diagnosi. 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). I pazienti con insufficienza renale lieve devono eseguire preliminarmente il dosaggio della **CREATININA** del sangue (ESUR 2012) e presentarlo al personale medico della sezione di RM per poterne valutare la funzionalità renale.

Infatti i pazienti affetti da insufficienza renale moderata e severa ai quali venga somministrato per via endovena un mezzo di contrasto a base di Gadolinio sono esposti maggiormente al rischio di sviluppare una rara patologia nota con il nome di Fibrosi Sistemica Nefrogenica (FSN). La FSN è una patologia rara caratterizzata da ispessimento della cute e dei tessuti connettivi, debilitante e potenzialmente fatale.

In base alle recenti evidenze in letteratura, l'uso del mezzo di contrasto a base di Gadolinio, in pazienti considerati ad alto rischio, nei dializzati e/o sottoposti a trapianto renale, è strettamente legato ad una scelta consapevole e condivisa tra il clinico richiedente e medico radiologo, nel rispetto del minor costo biologico e migliore risposta diagnostica.

- La somministrazione del mezzo di contrasto può talora comportare alcuni lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito) che un'incidenza non prevedibile e quantificabile ma comunque molto bassa, può indurre anche reazioni allergiche gravi fino allo shock anafilattico. E' necessario quindi **comunicare al Medico Responsabile dell'esame ogni eventuale tipo di allergia prima dell'esame stesso.**
- Il personale sanitario dell'Unità Operativa è sempre presente all'interno della struttura per garantire un pronto intervento in caso di emergenza.
- L'impiego del Gadolinio nelle donne in gravidanza richiede la valutazione del rapporto rischio/ beneficio. (Xagena2003) Fonte: UCSF (University of California San Francisco), **quindi l'eventuale stato di gravidanza deve essere preventivamente comunicato al Medico Responsabile dell'esame RM.**

A tal proposito si informa che i mezzi di contrasto Gd-chelati, a basso dosaggio, non creano problemi.

E' opportuno comunicare anche l'eventuale fase di allattamento del proprio figlio per concordarne le eventuali modalità e tempi di interruzione in relazione all'effettuazione dell'esame RM.

- Ogni eventuale chiarimento in merito all'esecuzione dell'esame RM con mezzo di contrasto può essere richiesto al personale dell'Unità Operativa.

MARRELLI HEALTH	MODELLI DI REGISTRAZIONE	
	Tipo documento: MODULO GENERALE	Codice identificazione C.I. <u>MRRMMDC_M01_rev01</u>
Titolo documento: MODULO DI RICHIESTA PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA CON MDC		Data: 12/02/2025
		Pag. 3 di 8

Modulo di richiesta per esame di Risonanza Magnetica con Mezzo di Contrasto

Parte dedicata al Medico Richiedente

Cognome _____	Nome _____
Nato/a il _____	Peso _____ Professione _____
Ospedale/Reparto _____	N° Cartella _____
DISTRETTO DA ESAMINARE _____	
QUESITO CLINICO DETTAGLIATO _____	

<u>Precedenti esami diagnostici e documentazione clinica (sbarrare ed accludere)</u>	
<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> TC
<input type="checkbox"/> Ecografia	<input type="checkbox"/> RM
<input type="checkbox"/> MN	
<input type="checkbox"/> Altri (specificare) _____	

Data _____	Firma del Medico (leggibile) _____

N.B. Non saranno effettuati esami non motivati da corretto quesito clinico e non accompagnati da eventuale documentazione precedente (TC, RM, US, MN, Cartelle Cliniche) e, in caso di presenza di protesi e stents metallici, di documentazione che ne attesti la compatibilità con l'esame di RM.

MARRELLI HEALTH	MODELLI DI REGISTRAZIONE		
	Tipo documento: MODULO GENERALE	Codice identificazione C.I. <u>MRRMMDC</u> <u>M01</u> <u>rev01</u>	
Titolo documento: MODULO DI RICHIESTA PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA CON MDC		Data: 12/02/2025	Pag. 4 di 8

PROTOCOLLO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI CON MEZZO DI CONTRASTO

Gentile paziente,

per l'esecuzione di un esame che preveda l'utilizzo del mezzo di contrasto è necessario essere a **DIGIUNO** da almeno 6 ore e seguire le indicazioni riportate sul modello informativo fornito.

Portare i risultati dei seguenti esami, eseguiti da non più di un mese:

- **ELETTROCARDIOGRAMMA (eseguito da non più di 3 mesi)**
- **EMOCROMO**
- **GLICEMIA**
- **CREATININA (INDISPENSABILE)**
- **GPT**
- **GOT**
- **ELETTROLITI**
- **PROTIDOGRAMMA**

Portare con sé gli esami radiologici precedenti e la **richiesta medica** in cui sono specificate le indicazioni dell'esame.

ATTENZIONE PER I SOGGETTI ALLERGICI:

- Per i soggetti allergici è necessario praticare la terapia desensibilizzante riportata di seguito.
- Bisogna che il giorno dell'esame porti il "**Modello di dichiarazione anamnestica**" che va compilato e firmato dal suo medico curante.

TERAPIA DESENSIBILIZZANTE PER SOGGETTI ALLERGICI

DELTACORTENE FORTE compresse 25 mg

2 compresse 13 ore prima della prestazione

2 compresse 7 ore prima della prestazione

2 compresse 1 ora prima della prestazione

TRIMETON

1 fiala 1 ora prima della prestazione (**a cura della struttura**)

PANTORC 20 mg

1 compressa al mattino, a stomaco vuoto, per 3 giorni prima dell'esame e per 3 giorni consecutivi successivi all'esame.

MARRELLI HEALTH	MODELLI DI REGISTRAZIONE	
	Tipo documento: MODULO GENERALE	Codice identificazione C.I. <u>MRRMDC</u> <u>M01</u> <u>rev01</u>
Titolo documento: MODULO DI RICHIESTA PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA CON MDC		Data: 12/02/2025
		Pag. 5 di 8

**Scheda nosologica-informativa per esecuzione di esame di
Risonanza Magnetica**

Gentile Sig.re/ra l'esame a cui verrà sottoposto viene effettuato senza l'impiego di raggi X utilizzando un campo magnetico ed onde radio: pertanto è esente da rischi e non doloroso. Dovrà solo mantenere per un certo tempo l'assoluta immobilità per consentire informazioni diagnostiche della migliore qualità. Durante l'esame sentirà un rumore ritmico, che dipende dal normale funzionamento dell'apparecchiatura. Le condizioni di illuminazione e di ventilazione sono regolate per assicurare il massimo comfort possibile. Nella sala magnete, Lei sarà sempre controllato dal personale che potrà parlarLe mediante un interfono: avrà inoltre a disposizione un pulsante di allarme sempre attivo.

IMPORTANTE: Le informazioni richieste sono indispensabili per garantire l'esecuzione dell'esame in condizioni di regolarità e sicurezza. Non possono essere ASSOLUTAMENTE sottoposti ad esame RM i portatori di pace-makers, valvole cardiache, clips vascolari intracraniche.

Questionario da compilare da parte del Paziente insieme al Medico Richiedente e Parte da compilare dal Medico Radiologo

Il/La paziente è stato sottoposto ad interventi chirurgici?

NO

SI (specificare) _____

Il/La paziente è portatore di

ANEMIA DREPANOCITICA

CRISTALLINO ARTIFICIALE

SINDROMI CLAUSTROFOBICHE

DERIVAZIONI LIQUORALI

PROTESI METALLICHE MOBILI

NEUROSTIMOLATORI

ELETTRODI

SCHEGGE O FRAMMENTI METALLICI

CLIPS METALLICHE DURALI

PROTESI METALLICHE FISSE

PROTESI METALLICHE NON FISSE

POMPE PER INSULINA

AURICOLARI

IUD

LENTI A CONTATTO

PROTESI COCLEARI

IL/LA PAZIENTE HA EFFETTUATO ESAMI RM CON MDC? SI NO

HA PRESENTATO REAZIONI AVVERSE AL MDC? SI NO

LA PAZIENTE È IN GRAVIDANZA? SI NO

IL/LA PAZIENTE È COLLABORANTE? SI NO

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, ferma soldi, monete, chiavi, ganci automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, pinzette metalliche, punti metallici, limette, forbici ed altri eventuali oggetti metallici;

-asportare cosmetici dal volto.

Tutti gli oggetti personali possono essere lasciati nello spogliatoio del reparto.

Si informa che l'esposizione a campi magnetici o a onde di radiofrequenza può provocare la perdita di efficacia anticoncezionale del dispositivo intrauterino (IUD): se Lei ne è portatrice, la Sua firma vale come accettazione a sottoporsi all'esame di Risonanza Magnetica.

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sugli eventuali rischi e le controindicazioni all'esame RM ed acconsente all'esecuzione dello stesso.

Firma del Paziente (leggibile) _____ Firma del Medico Richiedente (leggibile) _____

NOTE ANAMNESTICHE DEL MEDICO RADIOLOGO _____

Data _____

Firma del Medico Radiologo (leggibile) _____

MARRELLI HEALTH	MODELLI DI REGISTRAZIONE		
	Tipo documento: MODULO GENERALE		Codice identificazione C.I. <u>MRRMMDC_M01_rev01</u>
Titolo documento: MODULO DI RICHIESTA PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA CON MDC		Data: 12/02/2025	Pag. 6 di 8

DICHIARAZIONE ANAMNESTICA, attestante l'esistenza o meno di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione di mezzi di contrasto.

Si certifica che il Sig./la Sig.ra _____

Data di nascita _____

- **Non presenta i seguenti particolari anamnestici:** precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzi di contrasto, altre precedenti reazioni allergiche, presenza di condizioni patologiche che possono favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione di mezzi di contrasto, grave insufficienza renale, grave insufficienza epatica, grave insufficienza cardiaca, paraproteina di Waldenström, mieloma multiplo, diabete.
- **Non assume:** farmaci biguanidi, interleukine, β -bloccanti.
- **Presenta i seguenti particolari anamnestici:**

- precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzi di contrasto	SI	NO
- altre precedenti reazioni allergiche: _____	SI	NO
- presenza di condizioni patologiche che possono favorire l'insorgenza di reazioni collaterali tipo medio grave in seguito all'introduzione del Mezzo di Contrasto:		
- grave insufficienza epatica _____	SI	NO
- grave insufficienza renale _____	SI	NO
- grave insufficienza cardiaca _____	SI	NO
- paraproteinemia di Waldenström _____	SI	NO
- mieloma multiplo _____	SI	NO
- diabete _____	SI	NO
- assume farmaci biguanidi _____	SI	NO
- assume interleukine _____	SI	NO
- assume β -bloccanti _____	SI	NO

Eventuali indagini eseguite : NO SI _____

Eventuali notizie anamnestiche aggiuntive rispetto alla diagnosi o quesito clinico:

L'assistito è stato informato che:

- 1) All'atto dell'esecuzione dell'indagine, se effettuata con mezzo di contrasto, verrà acquisito il consenso scritto.
- 2) L'iniezione del mezzo di contrasto va sempre effettuata in condizioni di buona idratazione, per cui le norme relative al digiuno non riguardano l'assunzione di acqua e l'assunzione di terapie abituali.
- 3) E' utile fornire documentazione, se ne è in possesso, di eventuali esami strumentali (TC, RM, ECO, RX, Scintigrafie, Endoscopie), di referti cito-istologici, di esami di laboratorio e copie di cartelle cliniche.

Firma del Medico Proponente o del medico di Medicina Generale _____

Firma dell'assistito

Data _____

MARRELLI HEALTH	MODELLI DI REGISTRAZIONE		
	Tipo documento: MODULO GENERALE	Codice identificazione C.I. _MRRMMDC_M01_rev01	
Titolo documento: MODULO DI RICHIESTA PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA CON MDC		Data: 12/02/2025	Pag. 7 di 8

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

○ **AUTORIZZA**

○ **NON AUTORIZZA**

L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Se non autorizza scrivere perché:

Crotone li, _____

Il Medico Radiologo

MARRELLI HEALTH	MODELLI DI REGISTRAZIONE	
	Tipo documento: MODULO GENERALE	Codice identificazione C.I. <u>MRRMMDC_M01_rev01</u>
Titolo documento: MODULO DI RICHIESTA PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA CON MDC		Data: 12/02/2025
		Pag. 8 di 8

**ESAME CHE COMPORTA L'INIEZIONE ENDOVENOSA DI M.D.C.
PARAMAGNETICO**

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il/La Sottoscritto/a _____, nato/a il
 _____ a _____ () e residente in _____ in
 Via _____, n. _____

Sono d'accordo di effettuare l'esame di Risonanza Magnetica con il mezzo di contrasto atto ad aumentare le possibilità diagnostiche.

Sono stato informato sia dei vantaggi diagnostici che degli effetti indesiderati che potrebbero eventualmente presentarsi con l'uso del prodotto.

Ho ben chiaro di essere libero/a di non aderire alla presente richiesta ed ho ricevuto conferma che in caso di non adesione all'esecuzione dell'esame con questa metodica, l'esame verrà effettuato senza utilizzare il mezzo di contrasto, ponendo la maggior attenzione ad ottenere ugualmente una diagnosi quanto sia più possibile precisa, affidabile ed esauriente.

Data

Firma di consenso (leggibile)
