

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

Cognome e Nome (paziente) _____

Data di nascita _____ Peso (kg) _____ Sesso Maschile Femminile

Esame Richiesto _____

Quesito Clinico _____

EVENTUALI MALATTIE NOTE: barrare se presenti

Allergopatia trattata farmacologicamente Asma Nefropatia o Insufficienza Renale
(solo se presente specificare i sotto elencati valori)

Creatininemia (mg/dl) _____ **GFR** (stimato con formula MRDR) _____ Data _____
(non anteriore 90gg)

PRECEDENTI SOMMINISTRAZIONI DI MEZZO DI CONTRASTO: SI NO

PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE A MEZZI DI CONTRASTO: SI* NO

*se SI, seguire la premedicazione riportata a fine modulo

PRECEDENTI REAZIONI ALLERGICHE A FARMACI: SI* NO

*se SI, specificare a quali farmaci _____ e seguire la premedicazione riportata a fine modulo

**Nel caso in cui l'indagine richiesta preveda l'utilizzo di mezzo di contrasto È NECESSARIO ESSERE A
DIGIUNO DA ALMENO 4 ORE, ad esclusione dell'acqua e dei farmaci abitualmente assunti.**

Paziente portatore di:	SI	NO	
Clips vascolari ferromagnetiche intracraniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE
Pacemaker cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dispositivi elettromeccanici non rimovibili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Impianti cocleari e protesi stapediale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Protesi del cristallino con anse e punti intraoculari ferromagnetici (rari)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Filtri, stent e spirali endovascolari ferromagnetici (solo entro le 6-8 settimane)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Catetere di Swan-Ganz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Corpi estranei ferromagnetici contigui a vasi, occhi, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONTROINDICAZIONI RELATIVE <i>(valutazione a cura del Medico Radiologo)</i>
Medicazioni trans dermiche che contengano metalli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Corpi estranei ferromagnetici in sedi non vitali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Clips o altri dispositivi metallici non ferromagnetici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Filtri, stent o spirali di qualsiasi tipo, dopo 6 settimane dall'impianto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Shunt ventricolo-peritoneali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Protesi ortopediche metalliche (artefatti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Protesi ortopediche d'anca bilaterale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Espansori mammari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IUD e diaframmi uterini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tatuaggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stato di gravidanza, allattamento (data ultime mestruazioni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interventi chirurgici (se SI specificare) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Data _____

Timbro e Firma per esteso del **Medico Curante** o Specialista

DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

MODALITA': la Risonanza Magnetica è una metodica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti e sostanze radioattive, ma campi magnetici ed onde elettromagnetiche a radiofrequenza. A causa dell'influenza ed interferenza che il campo magnetico esercita su alcuni elementi metallici, è necessario che il paziente che si sottopone all'indagine, lasci nello spogliatoio qualunque **oggetto metallico** (orologio, chiavi, monete, occhiali, forcine per capelli, spille, gioielli, stampelle, ecc), **tesserini magnetici e carte di credito**; tolga gli **indumenti** che abbiano sistemi di chiusura metallici (reggiseno, body) o che siano fatti con tessuti che possano contenere fibre metalliche (pancera, indumenti elastici) o che abbiano **etichette** che contengano fili metallici; rimuova le **protesi dentarie, le lenti a contatto** ed eventuali **piercing**. Il paziente in decubito supino sul tavolo dell'apparecchio, viene posizionato all'interno di un tunnel aperto alle due estremità. Durante l'esame l'apparecchiatura produce di norma un rumore ritmico più o meno intenso; esistono comunque strumenti di comunicazione con il personale che esegue l'esame: microfono e un dispositivo acustico di allarme a portata del paziente.

TEMPI: l'indagine varia da 20 a 40 minuti circa in rapporto al distretto da esaminare.

DOPO L'ESAME: il paziente potrà, qualora ritenuto necessario, essere tenuto in osservazione in sala d'attesa per circa 30 minuti dopo l'esecuzione dell'indagine, successivamente potrà riprendere le ordinarie attività.

EVENTI AVVERSI: alcuni studi richiedono l'uso di m.d.c. paramagnetico, che Le sarà iniettato per via endovenosa, al 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". Durante l'infusione in bolo del m.d.c. vi è la possibilità che, per cause anatomiche o fragilità della vena, si possa verificare la rottura del vaso con conseguente stravasamento del m.d.c.; in questo caso la tumefazione sarà trattata con pomate sintomatiche ed impacchi eventualmente da proseguire a domicilio.

SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto Sig. _____ ho preso visione delle informazioni relative alla procedura radiologica proposta ed ho ricevuto in proposito risposte chiare ed esaurienti ad ogni mia domanda. Mi è noto che l'esame, come in molti trattamenti sanitari, non è completamente esente da rischi o eventi avversi, che nel mio caso specifico mi sono stati adeguatamente illustrati. Mi è stato comunicato che sono state comunque predisposte tutte le idonee misure e precauzioni per prevenire e/o fronteggiare ogni eventuale complicanza.

Pertanto dichiaro di:

- Acconsentire** allo svolgimento dell'indagine: **con MdC** **senza MdC**
 Non acconsentire allo svolgimento dell'indagine

Data _____

Firma ✓ _____
del paziente o genitore o tutore legale o amministratore di sostegno (nei casi previsti)

- Revocare** il consenso alla precitata procedura in data _____
consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Data _____

_____ Firma del paziente o genitore o tutore legale o amministratore di sostegno (nei casi previsti)

PARTE RISERVATA AL MEDICO RADIOLOGO

CONSULTO CON ANESTESISTA **SI** **NO**

ACCETTAZIONE DELL'ESAME **SI** **NO** _____
(Se NO specificare il motivo)

SOSTITUZIONE ESAME PROPOSTO CON _____

_____ Firma del Medico Radiologo

IN CASO DI ANAMNESI POSITIVA PER PRECEDENTI REAZIONI DI TIPO ALLERGICO
A MEZZI DI CONTRASTO O GRAVI REAZIONI ALLERGICHE A FARMACI
SI RACCOMANDA LA SEGUENTE PREPARAZIONE DESENSIBILIZZANTE:**

- 1. 24 ore prima dell'esame:**
assumere **PREDNISONONE** 25mg - 1 compressa per bocca oppure
METILPREDNISOLONE 20mg endovena ogni 6 ore (tot. 4 somministrazioni)
- 2. 3 ore prima dell'esame:**
assumere **DESLORATADINA** 1 compressa da 5 mg
- 3. 12 ore dopo l'esame:**
assumere **PREDNISONONE** 25mg - 1 compressa per bocca oppure
METILPREDNISOLONE 20mg endovena

L'esame radiologico non verrà eseguito qualora il paziente con anamnesi positiva per reazioni allergiche non risultasse premedicato secondo le prescrizioni sopra specificate.

Data _____

Timbro e Firma per esteso del Medico Curante o Specialista