

## NOTIZIE UTILI PER ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA

Gentile Signora/e

il medico che la segue ha ritenuto opportuno proporLe di sottoporsi ad un esame di Risonanza Magnetica.

Ricordi che alcune condizioni controindicano l'effettuazione dell'esame, per la qual cosa la preghiamo di rispondere con attenzione assieme al Suo medico al questionario allegato.

L'esame al quale si sottoporrà, in assenza di controindicazioni, è privo di rischi e comporta l'uso di un campo magnetico e di onde a radiofrequenza per studiare l'interno del Suo corpo.

Durante l'esame dovrà restare immobile e sentirà un rumore ritmico dovuto al normale funzionamento della macchina.

Resti tranquilla/o e rilassata/o durante l'esame la cui durata dipende dal tipo di indagine richiesta.

Durante l'esame, se ne avverte la necessità, può comunicare con il personale attraverso un microfono appositamente predisposto.

Nel primo trimestre di gravidanza l'esame è sconsigliato, salvo casi particolari da discutere con il medico radiologo responsabile.

### RACCOMANDAZIONI UTILI PER IL PAZIENTE

Togliere eventuali lenti a contatto, protesi per udito, protesi dentarie mobili, cinti erniari, busti, fermagli per capelli, mollette, occhiali, orologi, gioielli (compresi i piercing) monete, portamonete, ganci, chiavi, carte di credito, schede magnetiche, telefoni cellulari, cercapersone, oggetti metallici in genere.

Presentarsi con abbigliamento semplificato al massimo e privo di componenti metalliche o sintetiche. Asportare i cosmetici dal volto.

Portare con sé il giorno dell'esame una relazione clinica dettagliata sulla patologia da studiare e tutta la documentazione precedente del caso.

In caso di **esame di Risonanza Magnetica con Mezzo di Contrasto endovena** è necessario presentarsi a digiuno da almeno **due ore**.

Si invita l'utente a considerare l'ora dell'appuntamento come indicativa.

È possibile che questa debba subire ritardi per il protrarsi oltre il previsto di appuntamenti precedenti, ovvero per imprevedibili indagini con carattere d'urgenza.

Confidiamo nella comprensione dell'utenza.

**N.B.** L'utente si dovrà presentare con l'impegnativa del Medico di Medicina Generale, l'eventuale richiesta del Medico Specialista e tutti gli esami precedenti, all'ora indicata presso l'accettazione dell'UOC Radiodiagnostica.

”Si ricorda che è obbligatoria la disdetta della prenotazione almeno due giorni lavorativi prima della prestazione, tramite numero verde 800098798 da fisso o 07211779301 da cellulare (premendo il tasto 3), tramite sportello Cup, tramite app MYCupMarche o sito web mycupmarche.it.

#### **In caso di mancata cancellazione l'utente dovrà pagare il costo della prestazione**

In caso di difficoltà o per informazioni contattare l'Ufficio Relazioni con il Pubblico allo 07346252800 (dal lunedì al venerdì dalle 08:30 alle 16:30 e il sabato dalle 09 alle 12) o tramite WhatsApp al numero 3668341033.”

Salvo gravi motivazioni (lutti, incidenti stradali, ricoveri d'urgenza, scioperi di mezzi pubblici, ecc...) adeguatamente documentate

**La sanzione per mancata disdetta riguarda tutti gli utenti, compresi gli esenti per reddito, per età o per patologia-invalidità.**

# QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA

Il “questionario anamnestico” ha lo scopo di accertare l’assenza di controindicazioni all’esame RM. **Tale questionario deve essere attentamente compilato e firmato dal medico radiologo, responsabile dell’esame diagnostico, avvalendosi della collaborazione del Paziente e del medico inviante.** Risposte affermative ad uno o più quesiti possono comportare controindicazione anche assoluta all’esecuzione dell’esame RM.

Cognome..... Nome.....  
 Nato a.....il.....  
 Abitazione via.....città.....  
 C.A.P..... Telefono.....  
 Quanti chilogrammi pesa? ..... Quanto è alto/a? .....

## Barrare la voce che interessa

- |                                                                                                                  |                 |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----|
| • Ha eseguito in precedenza esami RM ?                                                                           | SI              | NO |
| • Ha avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto RM ?                                                      | SI              | NO |
| • Soffre di claustrofobia ?                                                                                      | SI              | NO |
| • Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere ?                                            | SI              | NO |
| • Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia ?                                                        | SI              | NO |
| • E’ stato vittima di traumi da esplosioni ?                                                                     | SI              | NO |
| • E’ in stato di gravidanza ?                                                                                    | SI              | NO |
| Ultime mestruazioni avvenute: .....                                                                              |                 |    |
| • Ha subito interventi chirurgici su:                                                                            |                 |    |
| testa .....                                                                                                      | addome .....    |    |
| collo.....                                                                                                       | estremità ..... |    |
| torace.....                                                                                                      | altro.....      |    |
| • È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all’interno del corpo ?                 | SI              | NO |
| • È portatore di:                                                                                                |                 |    |
| Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ?                                                          | SI              | NO |
| Schegge o frammenti metallici ?                                                                                  | SI              | NO |
| Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ?                                                           | SI              | NO |
| Valvole cardiache ?                                                                                              | SI              | NO |
| Stent ?                                                                                                          | SI              | NO |
| Defibrillatori impiantati ?                                                                                      | SI              | NO |
| Distrattori della colonna vertebrale ?                                                                           | SI              | NO |
| Pompa di infusione per insulina o altri farmaci ?                                                                | SI              | NO |
| Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito ?                                                            | SI              | NO |
| Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali ?                                                | SI              | NO |
| Altri tipi di stimolatori ?                                                                                      | SI              | NO |
| Corpi intrauterini ?                                                                                             | SI              | NO |
| Derivazione spinale o ventricolare ?                                                                             | SI              | NO |
| Protesi dentarie fisse o mobili ?                                                                                | SI              | NO |
| Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc... ? | SI              | NO |
| Altre protesi ?                                                                                                  | SI              | NO |
| Localizzazione .....                                                                                             |                 |    |

- Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe non esserne a conoscenza ? SI    NO
- Informazioni supplementari:
  - È affetto da anemia falciforme ? SI    NO
  - È portatore di protesi del cristallino ? SI    NO
  - È portatore di piercing ? SI    NO
  - Localizzazione .....
  - Presenta tatuaggi ? SI    NO
  - Localizzazione.....
- Sta utilizzando cerotti medicali ? SI    NO

**PER EFFETTUARE L'ESAME RM OCCORRE TOGLIERE**

eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta erniaria - 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 - altri eventuali oggetti metallici.  
 Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

---

Firma del medico inviante

Data

.....

.....

Tel. del medico inviante.....

**IL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELL'ESAME RM**

Preso atto delle risposte fornite dal Paziente e dal medico inviante ed espletata l'eventuale visita medica

**AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM**

Firma del medico radiologo

Data

.....

.....

**IL PAZIENTE**

Ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM, dichiara di aver collaborato nel modo ottimale alla compilazione del questionario anamnestico, ed acconsente all'esecuzione dell'esame RM.

Firma del Paziente (\*)

Data

.....

.....

(\*) In caso di paziente minorenni è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.

---

# INFORMATIVA SULL'USO DEL MEZZO DI CONTRASTO IN RISONANZA MAGNETICA

Durante l'esame è talora necessario (circa nel 40% dei casi) somministrare un mezzo di contrasto, diverso da quelli impiegati in TAC e radiologia .

I mezzi di contrasto attualmente a disposizione in RM sono prodotti sicuri e sono stati impiegati in oltre 200 milioni di Pazienti. Occasionalmente però possono dare delle reazioni avverse. Il personale che La assiste è addestrato per curare nel modo migliore queste reazioni nel caso si verificassero. Si raccomanda in ogni caso un intervallo di almeno una settimana tra una somministrazione di mezzo di contrasto e la successiva.

I tipi di reazioni che si possono manifestare sono:

- **Reazioni minori**, come starnuti, nausea ed eritema cutaneo (probabilità 1%);
- **Reazioni maggiori**, come difficoltà respiratorie e/o cardio-circolatorie, convulsioni, perdita di coscienza (probabilità 0,01% );
- **Molto raramente**, come succede con altri farmaci, i mezzi di contrasto possono causare il decesso (probabilità 0,0000002%).

Si richiama inoltre l'attenzione dei Pazienti e dei loro medici sulla recente associazione osservata tra la somministrazione di mezzi di contrasto contenenti gadolinio e l'insorgenza di Fibrosi Sistemica Nefrogenica (NSF, chiamata anche Dermatopatia Nefrogenica Fibrosante) in Pazienti con grave insufficienza renale (filtrato glomerulare < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) o che hanno avuto o sono in attesa di trapianto di fegato, nei quali è sconsigliato l'impiego di tali mezzi di contrasto, se non indispensabile. Al momento attuale nel mondo sono stati segnalati più di 215 casi di questo tipo. Non si conoscono casi di NSF in pazienti con funzionalità renale normale. Altre informazioni sulla NSF possono reperirsi ai siti: <http://www.esur.org> e <http://www.icnfd.org>.

In previsione dell'utilizzo di questi mezzi di contrasto in RM, tutti i Pazienti di età superiore a 65 anni o con patologia renale nota, sospetta o pregressa devono essere sottoposti a dosaggio della creatininemia (validità 1 mese) con valutazione del filtrato glomerulare, utilizzando le formule sottoriportate.

## ADULTO : Calcolo del filtrato glomerulare (formula di Cockcroft-Gault)

$$FG = \frac{(140 - \text{età in anni}) \times \text{peso corporeo ideale in kg}}{72 \times \text{creatininemia in mg/dL}}$$

Se il Paziente è uomo il risultato va moltiplicato per 1, se la Paziente è donna per 0,85.

Il peso corporeo ideale può essere calcolato come altezza (in cm) - 100.

## ETÀ PEDIATRICA (0 - 18 anni): Calcolo del filtrato glomerulare (formula di Schwartz)

$$FG = \frac{K \times \text{altezza (in cm)}}{\text{creatininemia in mg/dL}}$$

dove K è uguale a: 0,33 nel pretermine, 0,45 nel bambino nato a termine e fino a 12 mesi di età, 0,55 nel bambino dal compimento del primo anno fino a 13 anni, successivamente e fino a 18 anni 0,55 nelle femmine e 0,65 nei maschi.

ANAMNESI DI INSUFFICIENZA RENALE (barrare)                      NO                      SI                      NON SO

CREATININEMIA pari a ..... mg/dL in data .....

FILTRATO GLOMERULARE pari a .....ml/min/1,73 m<sup>2</sup>

Firma del medico inviante

Data

.....

.....

# CONSENSO INFORMATO ALL'USO DEL MEZZO DI CONTRASTO IN RISONANZA MAGNETICA

A seguito del colloquio avuto con il medico specialista in radiodiagnostica e dopo aver letto attentamente la nota informativa dell'esame al quale sarò sottoposta/o, la/il sottoscritta/o dichiara di essere stata/o informata/o:

- delle modalità di svolgimento dell'esame, degli effetti collaterali, degli effetti secondari e delle complicanze (con particolare riguardo alla possibilità di imprevedibili reazioni avverse connesse alla somministrazione del mezzo di contrasto);
- dei vantaggi e degli svantaggi che potrebbero derivare dalla mancata esecuzione dell'esame RM che mi è stato proposto;
- che verranno poste in atto le misure di prevenzione eventualmente necessarie e l'immediato trattamento sanitario in situazioni di emergenza.

Pertanto, in base alle informazioni ricevute e da me pienamente comprese, **rilascio il consenso** ad essere sottoposta/o all'esecuzione del seguente esame di risonanza magnetica con mezzo di contrasto:

- **RM** ..... **con MDC**
- **RM** ..... **con MDC**

Firma del Paziente (\*)

Data

.....

(\*) In caso di paziente minorenni è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.

---

Per l'esecuzione dell'esame sopra descritto verrà impiegato il seguente mezzo di contrasto:

- MDC impiegato .....;
- Quantità.....ml;
- Flusso somministrazione..... ml/s.

Firma del medico radiologo

Data

.....