



---

## **SOC DI RADIODIAGNOSTICA**

MODULO N. 105

**RISONANZE MAGNETICHE NUCLEARI (RMN)**

**IL PAZIENTE DOVRA' PRESENTARSI IL GIORNO DELL'ESAME:**

**DIGIUNO**

**CON IL MODULO PER CONSENSO INFORMATO ALL'USO DI MEZZO  
DI CONTRASTO (MDC)**

Portare anche i seguenti moduli compilati:

(RM\_ModuloB2)

+ RM\_ModuloB

+RM\_ModuloB1

**(VEDASI ALLEGATI)**



## CONSENSO INFORMATO PER L'INIEZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO (M.d.C.) ORGANOIODATO PER EFFETTUAZIONE DI RISONANZA MEGNATICA NUCLEARE

Egregio/a Signore/a,

La preghiamo di leggere con attenzione questo modulo. Le diamo informazioni sulle modalità di esecuzione dell'esame richiesto affinché Lei possa manifestare (mediante la firma di questo foglio) un consenso informato al Medico Radiologo. Qualora non tutte le informazioni Le risultino chiare o esaurienti può chiedere ulteriori chiarimenti direttamente al Medico Radiologo al momento dell'esame. Per avere tutti gli elementi utili alla diagnosi può essere necessario iniettare per via endovenosa una particolare sostanza detta MEZZO DI CONTRASTO (M.d.C.). Questo permette di distinguere con maggiore chiarezza le strutture anatomiche normali (organi e vasi) da quelle patologiche. L'iniezione di M.d.C., come di qualunque altro farmaco, presenta alcuni rischi che Lei dovrebbe preventivamente conoscere.

**Reazioni avverse:** sono legate ad un'intolleranza individuale alla sostanza iniettata e sono del tutto imprevedibili. Vengono classificate come lievi (nausea, vomito, prurito), moderate (vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo), severe (shock ipertensivo, edema polmonare, arresto cardiocircolatorio). Le prime sono frequenti e vengono risolte con semplici provvedimenti terapeutici. Le forme più gravi sono del tutto eccezionali e comunque, sono disponibili gli strumenti per affrontarle in modo tempestivo. Le chiediamo inoltre di segnalarci, eventualmente aiutato dal suo Medico, le situazioni di rischio.

Anamnesi Allergopatica Positiva (in caso sia positiva, il suo Medico deve valutare l'opportunità di una premedicazione con cortisonici ed antistaminici presso la nostra SOC, in cui può trovare disponibile anche un protocollo consigliato):

SI |  NO

Insufficienza Renale (è indispensabile la determinazione della creatinemia recente):

SI |  NO

Diabete (è indispensabile che il suo Medico sostituisca una eventuale terapia con METFORMINA 48 ore prima e per 48 ore dopo l'esame):

SI |  NO

Insufficienza epatica grave:

SI |  NO

Insufficienza cardiovascolare grave:

SI |  NO

Mieloma o gammopatie monoclonali:

SI |  NO



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

Trattamento con bloccanti (far valutare al suo Medico la  
possibilità di una sospensione del trattamento):  
SI                      NO

Il/La sottoscritto/a .....avendo letto e ben  
compreso tutto quanto sopra riportato, accetto di sottopormi alla somministrazione di M.d.C.  
organoiodato.

Li, .....

FIRMA.....

**IMPORTANTE**

**IL GIORNO DELL'ESAME IL PAZIENTE DEVE PRESENTARSI  
A DIGIUNO**



## MODELLO B

### FOGLIO INFORMATIVO PER IL PAZIENTE PER ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA

Leggete attentamente queste informazioni per eseguire questo esame nelle migliori condizioni

Vi 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 radiofrequenza simili a quelli delle trasmissioni radiotelevisive.

ATTENZIONE; NON POTETE ESSERE SOTTOPOSTI A QUESTO ESAME SE:

Siete portatori di pace-maker

FORSE NON POTRETE ESSERE SOTTOPOSTO 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 POTETE ESSERE SOTTOPOSTO ALL'ESAME CON MEZZO DI CONTRASTO PER VIA ENDOVENOSA SE AVETE INSUFFICIENZA RENALE

POTETE ESSERE SOTTOPOSTO SENZA ALCUN PROBLEMA A QUESTO ESAME SE:

Siete portatori di una protesi d'anca o di ginocchio

Avete la spirale (è comunque consigliabile fare una visita ginecologica dopo l'esecuzione della risonanza).

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

### ECCO ARRIVATO IL MOMENTO DELL'ESAME..... COME SI SVOLGE?

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 conformazione dell'apparecchio, un cilindro dentro il quale viene introdotto il lettino, può dare in alcuni pazienti una sensazione di disagio, di solito facilmente controllabile. 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 comincia 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 perchè 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 perchè durante la registrazione dei dati qualsiasi movimento altera le immagini rendendo impossibile la loro interpretazione. Per tutte le tipologie di esame di Risonanza Magnetica, poiché potrebbe rendersi necessario in corso di esame l'utilizzo di Mezzo di Contrasto paramagnetico, ancorché non richiesto dal MMG o dallo Specialista, il/la Paziente deve giungere a DIGIUNO da almeno 4 ore e deve aver eseguito esame per la determinazione della Creatininemia non antecedente a 30 gg; in caso di necessità il Filtrato Glomerulare verrà calcolato al momento con modelli di tipo statistico.



**MODELLO B1**

**IL PAZIENTE E' PREGATO DI COMPILARE CON I SUOI DATI, TUTTO IL SOTTOSTANTE RIQUADRO- MOLTE GRAZIE.**

COGNOME .....	NOME.....
LUOGO DI NASCITA .....	PROVINCIA .....
DATA DI NASCITA .....	PESO: ..... TEL: .....
COMUNE DI RESIDENZA .....	PROVINCIA .....
INDIRIZZO .....	CAP.....

**QUESTIONARIO PER EVENTUALI CONTROINDICAZIONI ALL'ESAME**

È portatore di Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci, pompe per infusione, neurostimolatori, elettrodi cerebrali e subdurali, derivazioni spinali o ventricolari, sistemi di perfusione impiantati?	SI	NO
È portatore di clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	SI	NO
Ha delle schegge metalliche sottocutanee oppure interne?	SI	NO
È portatore di protesi: Ortopediche?	SI	NO
Dentarie?	SI	NO
Acustiche?	SI	NO
Del cristallino?	SI	NO
È portatore di valvole cardiache o clips per interventi di by pass coronarici?	SI	NO
È affetto da anemia falciforme ?	SI	NO
È portatore di distrattori per la colonna vertebrale?	SI	NO
Ha subito interventi chirurgici:Alla testa o al collo?	SI	NO
Se SI, quali.....		
Al torace o all'addome?	SI	NO
Se SI, quali.....		
Altri interventi chirurgici?	SI	NO
Se SI quali .....		
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO
È stato vittima di traumi da esplosioni?	SI	NO
Ha mai subito incidenti stradali o di caccia?	SI	NO
Se è una DONNA: E' in stato di gravidanza?	SI	NO
E' portatrice di spirale uterina?	SI	NO
Ultime mestruazioni avvenute?	SI	NO
È portatore di tatuaggi o piercing?	SI	NO
Soffre di claustrofobia? (PAURA DI RESTARE IN UN AMBIENTE CHIUSO)	SI	NO

LA FIRMA DEL PRESENTE MODULO COSTITUISCE LA PRESA VISIONE DI QUANTO SCRITTOSOPRA ED ESPRIME IL SUO CONSENSO ALL'ESAME NELLE MODALITA' DESCRITTE NEL FOGLIOINFORMATIVO ALLEGATO (modello B) E ALL'EVENTUALE SOMMINISTRAZIONE ENDOVENOSA DI UN MEZZO DI CONTRASTO.

FIRMA DEL PAZIENTE

.....  
DATA.....

FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO

.....



**MODELLO B2**

**CONSENSO INFORMATO PER L'INIEZIONE ENDOVENOSA DI  
MEZZO DI CONTRASTO (M.d.C.) PARAMAGNETICO**

Egregio/a Signore/a,

La preghiamo di leggere con attenzione questo modulo. Le diamo informazioni sulle modalità di esecuzione dell'esame richiesto affinché Lei possa manifestare (mediante la firma di questo foglio) un consenso informato al Medico Radiologo.

Qualora non tutte le informazioni Le risultino chiare o esaurienti può chiedere ulteriori chiarimenti direttamente al Medico Radiologo al momento dell'esame.

L'esame viene effettuato con l'impiego di un campo magnetico e di radiofrequenze, ma per avere tutti gli elementi utili alla diagnosi può essere necessario iniettare per via endovenosa una particolare sostanza detta MEZZO DI CONTRASTO (M.d.C.). Questo permette di distinguere con maggiore chiarezza le strutture anatomiche normali (organi e vasi) da quelle patologiche.

L'iniezione di M.d.C., come di qualunque altro farmaco, presenta alcuni rischi che Lei dovrebbe preventivamente conoscere.

**Reazioni avverse:** sono legate ad un'intolleranza individuale alla sostanza iniettata e sono del tutto imprevedibili. Vengono classificate come lievi (nausea, vomito, prurito), moderate (vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo), severe (shock ipertensivo, edema polmonare, arresto cardiocircolatorio).

Le prime sono frequenti e vengono risolte con semplici provvedimenti terapeutici. Le forme più gravi sono del tutto eccezionali e comunque, nel servizio di RM, sono disponibili gli strumenti per affrontarle in modo tempestivo. Facciamo comunque presente che, secondo la circolare ministeriale del 17 settembre 1997 n° 900.VI/11.AG/642, i mezzi di contrasto paramagnetici per i piccoli volumi iniettati e le diverse caratteristiche farmacologiche permettono tranquillità d'impiego, pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristica di ogni formulazione iniettabile.

Le chiediamo quindi di voler segnalare:

<input type="checkbox"/> comprovata allergia a M.d.C. organoiodati e/o paramagnetici	SI	NO
<input type="checkbox"/> comprovata allergia ad altre sostanze	SI	NO
<input type="checkbox"/> forme di grave insufficienza epatica o renale o cardiovascolare	SI	NO
<input type="checkbox"/> diabete grave o associato a nefropatia, paraproteinemie	SI	NO

N.B. Nel caso Lei non acconsenta all'iniezione di M.d.C. il Medico radiologo, tenuto per Legge a vigilare sulla appropriatezza delle indagini, potrà decidere di rimandarLa e non eseguire l'esame.

Il/La sottoscritto/a .....avendo letto e ben compreso tutto quanto sopra riportato, accetto di sottopormi alla somministrazione di M.d.C. paramagnetico.

Domodossola, li.....

FIRMA.....

**IMPORTANTE**

**IL GIORNO DELL'ESAME IL PAZIENTE DEVE PRESENTARSI  
A DIGIUNO**