

**NOTA INFORMATIVA
ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA**

PROCEDURA PROPOSTA	ESAME di RISONANZA MAGNETICA
<p style="text-align: center;">CARATTERISTICHE DELL'ATTO SANITARIO PROPOSTO</p>	<p>La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM sfrutta l'impiego di intensi campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a Radio Frequenza (RF). In alcuni tipi di indagine possono anche essere somministrate al paziente, per via endovenosa, sostanze con proprietà paramagnetiche come mezzo di contrasto. Il medico Radiologo ha il compito di valutare, in base al quesito clinico e anamnestico del paziente, la possibilità di utilizzare ai fini diagnostici i seguenti dispositivi \ farmaci:</p> <ul style="list-style-type: none"> • soluzioni/gel per via rettale o vaginale (defeco RM, studio del pavimento pelvico, studio di patologia della cavità uterina e/o vaginale); • farmaci ipotonizzanti per via endovenosa / intramuscolare (studio addome pelvi); • farmaci diuretici per via endovenosa / intramuscolare (uro RM); • soluzioni/gel intrarticolare (arto RM); • introduzione nel corpo di bobine endogene (RM prostata, RM pelvi femminile); • ricorrere a sedazione (previo consenso ed applicazione di procedure specifiche della SC di Anestesia e Rianimazione ASST Valle Olona). <p>Ogni ulteriore chiarimento, in merito ai rischi / benefici legati all'utilizzo delle metodiche sopra riportate, può essere richiesto al medico Radiologo responsabile dell'esecuzione dell'indagine di risonanza magnetica.</p>
<p style="text-align: center;">BENEFICI ATTESI E CONSEGUENZE TEMPORANEE E/O PERMANENTI CORRELATE ALLA PROCEDURA</p>	<p>I benefici attesi da un esame RM includono la possibilità di avere immagini dettagliate di organi, muscoli, ossa, articolazioni e cervello; si esegue senza radiazioni ionizzanti quindi è più sicura per il corpo. Aiuta a trovare lesioni precocemente perché le scopre anche quando i sintomi sono lievi o assenti. È un esame indolore, non fa male. È indicato per esaminare diverse regioni anatomiche come la testa, il rachide, il cuore, l'addome, le articolazioni e può essere ripetuto senza rischi. In breve: la risonanza magnetica è un esame sicuro, accurato e non invasivo, che aiuta a capire meglio cosa succede dentro il corpo per poter curare nel modo migliore.</p>
<p style="text-align: center;">RISCHI PREVEDIBILI COMPLICANZE POSSIBILI PROBABILITÀ STATISTICHE DI ACCADIMENTO</p>	<p>L'esame RM, in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni specifiche e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza.</p> <p>Sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi statici di induzione magnetica e alle onde elettromagnetiche di Radio Frequenza utilizzate per indagini diagnostiche RM, è prudente non effettuare l'esame RM durante il primo trimestre di gravidanza.</p> <p>L'evenienza più probabile è rappresentata da una crisi di claustrofobia a carattere passeggero.</p> <p>L'impiego del mezzo di contrasto a base di sostanze paramagnetiche è generalmente ben tollerato e non provoca alcuna sensazione particolare. Raramente possono verificarsi episodi di ipersensibilità come orticaria o altri fenomeni allergici. In casi rarissimi sono stati riportati episodi di shock anafilattico.</p> <p>Il sito RM garantisce sempre la presenza di personale sanitario specializzato pronto ad intervenire in caso di emergenze mediche di tale genere.</p>
<p style="text-align: center;">ALTERNATIVE DIAGNOSTICHE</p>	<p>Alternative diagnostiche alla Risonanza Magnetica possono essere indagini ecografiche, di tomografia computerizzata o di radiologia tradizionale che saranno valutate dal medico Radiologo in sostituzione all'esame di risonanza magnetica in relazione al quesito clinico, alle condizioni del paziente e ad una valutazione di ogni singola situazione.</p>
<p style="text-align: center;">INDICAZIONI UTILI PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME RM</p>	<p>I pazienti possono essere sottoposti all'esame RM solo previa esclusione di ogni possibile controindicazione all'esame RM, da accertarsi a cura del medico Radiologo previo utilizzo dell'apposito questionario anamnestico e del modulo di consenso-informato.</p> <p>Per effettuare l'esame RM è necessario che il paziente depositi 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, ecc.); rimuova eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito, lenti a contatto o occhiali; si spogli e successivamente indossi l'apposito camice monouso, cuffia e tappi auricolari o cuffie fornitigli.</p>

QUESTIONARIO PRELIMINARE**QUESITI**

<input type="checkbox"/> È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? In caso affermativo, fare riferimento a A0357_P08_Pd01 Esecuzione RM in pazienti portatori CIED e A0357_P08_Pd01_MD01 Valutazione per idoneità ad eseguire risonanza magnetica in pazienti portatori di pacemaker / defibrillatori	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> È portatore di defibrillatori impiantati? (*)	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> Ha eseguito in precedenza esami RM?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione di mezzo di contrasto?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> Soffre di claustrofobia?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> È a conoscenza di avere dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> È portatore di clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> È portatore di valvole cardiache?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> È portatore di stents? Se sì, in che anno sono stati impiantati?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> È portatore di distrattori della colonna vertebrale?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> È portatore di neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? In caso affermativo, fare riferimento a: A0752_P15_MDRX19 Nota Informativa per i pazienti sottoposti ad esame RM portatori di stimolatori vagali	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> È portatore di altri tipi di stimolatori?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> È portatore di corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> È portatore di pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> Ha subito interventi chirurgici? <input type="checkbox"/> testa: anno intervento chirurgico _____ <input type="checkbox"/> collo: anno intervento chirurgico _____ <input type="checkbox"/> addome: anno intervento chirurgico _____ <input type="checkbox"/> estremità: anno intervento chirurgico _____ <input type="checkbox"/> torace: anno intervento chirurgico _____ <input type="checkbox"/> altro (**): anno intervento chirurgico _____ (**) Specificare:	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> È portatore di schegge o frammenti metallici?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> È stato vittima di traumi da esplosioni?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> È portatore di corpi intrauterini?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> È portatore di lenti a contatto	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> È portatore di derivazione spinale o ventricolare?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> È portatore di protesi dentarie fisse o mobili?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> È portatore di protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> È portatore di protesi del cristallino? Se sì, in che anno è stato operato (intervento per cataratta)?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> Altre protesi? Localizzazione	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> È portatore di piercing? (Se sì, rimuovere prima dell'esame) Localizzazione	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> Presenta tatuaggi? Quanti effettuati da meno di sei mesi? Localizzazione.....	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> Sta utilizzando cerotti medicali?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> È affetto da anemia falciforme?	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> Ultime mestruazioni avvenute:.....	SÌ	NO
<input type="checkbox"/> Ha febbre?	SÌ	NO

(allegare eventuali ulteriori consensi acquisiti, previsti dalle specifiche procedure aziendali di ASST Valle Olona)

IL MEDICO RADIOLOGO, preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e / o ulteriori indagini diagnostiche preliminari, **AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM.**

Data |__| |__| |__| |__| |__| |__| ora |__| |__| |__| Firma del medico **Radiologo** _____

CONSENSO ALL'ESAME RM

Il paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Dichiaro di aver rimosso le eventuali cause ostative all'esame, come descritte. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame.

Data |__| |__| |__| |__| |__| |__| ora |__| |__| |__| Firma del / della paziente* o del legale rappresentante _____

CONSENSO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal medico Radiologo della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione.

Data |__| |__| |__| |__| |__| |__| ora |__| |__| |__| Firma del / della paziente* o del legale rappresentante _____

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

ESAMI RM CON MEZZO DI CONTRASTO PARAMAGNETICO

Quando l'esame RM è richiesto con la somministrazione endovenosa di **mezzo di contrasto paramagnetico** è consigliato presentarsi a digiuno da 6 ore dall'orario dell'appuntamento con il **dosaggio ematico della creatinina** non antecedente ai **3 mesi** dalla data dell'esame RM.

PAZIENTI ALLERGICI

In caso di pazienti allergici (qualsiasi allergia) è necessario eseguire la profilassi antiallergica per l'esecuzione di esami contrastografici. Di seguito vengono riportate le indicazioni da eseguire.

- **Prednisone** 50 mg per os o in alternativa **Metilprednisolone** 32 mg per os 12 ore e 2 ore prima dell'esame;
- **Cetirizina** 10 mg per os 1 ora prima dell'esame.

Nel caso di impossibilità ad assumere la terapia per os, somministrare per ev **Metilprednisolone** 40 mg + **Clorfenamina** 10 mg in 100 cc di soluzione fisiologica (Sodio Cloruro - NaCl - allo 0.9%) 1 ora prima dell'esame.

Nel caso in cui l'esame sia richiesto in **regime di emergenza-urgenza** la premedicazione per i pazienti allergici è la seguente:

- **Idrocortisone 200 mg + Clorfenamina 10 mg** in 100 cc di soluzione fisiologica (Sodio Cloruro - NaCl - allo 0.9%) subito prima dell'esame.

La profilassi è stata eseguita secondo le indicazioni descritte nel documento A0752_P15_MDRX01 **NOTA INFORMATIVA ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA?**

SÌ NO

A seguito delle dichiarazioni espresse del / della paziente, nulla osta all'esecuzione dell'esame.

Data |__|__| |__|__| |__|__|__|__| ora |__|__| |__|__|

Firma del / della paziente* o del legale rappresentante

Firma medico Radiologo

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