

PREPARAZIONE RMN CON E SENZA MEZZO DI CONTRASTO ENDOVENOSO DI QUALSIASI DISTRETTO CORPOREO

PREPARAZIONE ALL' ESAME:

1. Presentarsi a **digiuno da almeno sei ore**
2. Esibire al momento dell'esame il seguente esame

- **Creatinemia**

Il sopra indicato esame ha una **validità di tre mesi**.

Il giorno dell'esame assumere l'abituale terapia domiciliare secondo l'indicazione del proprio medico di base.

Note

In caso di allergie al mezzo di contrasto o gravi allergie a farmaci o sostanze, rivolgersi al proprio medico curante e presentare il protocollo di pre-medicazione allegato.

Il Paziente deve portare con sé al momento dell'esame tutta la documentazione medica in qualche modo attinente alla problematica clinica in accertamento.

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI RM

Sig./a _____ nato/a il _____

Peso kg _____ Inviato da _____

Soffre di claustrofobia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Ha mai lavorato come saldatore, tornitore, carrozziere ecc.?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Ha mai subito incidenti stradali o di caccia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
E' stato vittima di esplosioni?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
E' in stato di gravidanza? (Data ultime mestruazioni _____)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

Ha subito interventi chirurgici su:

Testa	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Addome	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Collo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Estremità	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Torace	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Altro	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

E' portatore di:

Schegge o frammenti metallici?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Clips metalliche su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Protesi valvolari cardiache?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Filtri, stent, spirali metalliche endovascolari?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Distrattori della colonna vertebrale?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Pompa infusione per insulina o altri farmaci?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Pace-maker cardiaco o altri cateteri cardiaci?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Corpi metallici nelle orecchie o protesi uditive impiantate?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Dispositivi intrauterini (IUD)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Derivazione spinale o ventricolare?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Protesi metalliche (per fratture, interventi articolari), viti, chiodi, filo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Localizzazione _____			
Protesi dentarie fisse o mobili?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Protesi del cristallino?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
E' affetto da anemia falciforme?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

Data _____

Il radiologo che autorizza l'esame _____

Per effettuare l'esame occorre:

togliere eventuali lenti a contatto, occhiali, apparecchi per l'udito, protesi dentarie mobili, cinta sanitaria, fermagli per capelli, mollette, gioielli, orologi, fermagli, monete, chiavi, ganci automatici e qualunque tipo di oggetti metallici, carte di credito e schede magnetiche. Asportare cosmetici dal volto.

Si informa che l'esposizione a campi magnetici e 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 ugualmente all'esame in questione.

Si prega di segnalare la presenza di:

è portatore di cerotti medicali?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
è portatore di tatuaggi o piercing	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
protesi dentarie magnetiche?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

Con la presente si dichiara di essere stato sufficientemente informato:

- sulla tecnica utilizzata
- sull'importanza delle risposte fornite.

Firma del paziente _____

NOTA INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO PER INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO PER VIA PARENTERALE

Cos'è la Risonanza Magnetica (RM)?

La Risonanza Magnetica è una tecnica diagnostica che consente di ottenere immagini in sezione del corpo umano utilizzando l'interazione tra un campo magnetico ad alta potenza ed impulsi di onde radio. La principale componente dell'apparecchiatura è rappresentata dal magnete al centro del quale, disteso su un apposito lettino, è posizionato il paziente.

Le principali indicazioni sono rappresentate da malattie del sistema nervoso e del sistema scheletrico-articolare.

Quali sono i vantaggi?

Il principale vantaggio consiste nel fatto di esaminare il corpo senza utilizzare radiazioni ionizzanti (raggi X); altri vantaggi indiscussi sono la possibilità di indagare ampi distretti corporei e contemporaneamente la scarsa invasività.

Quanto dura l'esame?

La durata dell'esame è normalmente compresa tra 30 e 45 minuti

Cosa bisogna fare prima dell'esame?

L'esposizione a campo magnetico e ad onde radio può essere controindicata in alcuni casi. E' quindi indispensabile che il paziente compili, preferibilmente insieme al suo Medico Curante o allo Specialista il Questionario preliminare consegnato all'atto della prenotazione e la consegni al Personale preposto al momento dell'esame.

Se si rilevano controindicazioni personali assolute o relative è necessario contattare il Servizio di Radiologia prima della data dell'esame per evitare di presentarsi all'appuntamento e non poter eseguire l'esame.

Quali sono le principali controindicazioni all'esame?

Controindicazioni assolute sono: portatore di Pace-Maker, portatore di clips vascolari metalliche (aortiche, cerebrali,..), portatore di neurostimolatori o pompe di infusione, gravidanza (specie primo semestre). Esistono poi altre controindicazioni relative elencate nel Questionario.

Come si svolge l'esame?

Prima di eseguire l'esame è necessario togliere lenti a contatto, protesi dentarie mobili, apparecchi acustici, occhiali, fermagli per capelli, orologi, cosmetici dal volto ed ogni tipo di oggetto metallico.

Durante l'esecuzione dell'esame è necessario che il paziente rimanga disteso immobile su un apposito lettino al centro del magnete. La collaborazione del paziente nel mantenere l'immobilità è fondamentale per una corretta riuscita dell'esame.

L'apparecchiatura ricostruisce successivamente le immagini elettroniche prodotte e le invia ad un monitor per la visualizzazione. Le immagini vengono successivamente fornite su dischetto.

Quando di usa il mezzo di contrasto?

Nel caso di particolari problemi diagnostici può essere iniettato endovena, tramite agocannula in precedenza posizionata al gomito, un particolare mezzo di contrasto specifico per RM a base di gadolinio in grado di aumentare la qualità del segnale proveniente dai tessuti corporei. Non esistono controindicazioni assolute al suo utilizzo eccetto note allergie specifiche (che devono essere segnalate precedentemente alla Radiologia) o la presenza di grave insufficienza della funzione dei reni o del fegato o altre particolari condizioni cliniche. E' per questa ragione che è necessario eseguire precedentemente un semplice prelievo del sangue con dosaggio della creatinemia ed il risultato deve essere mostrato al Medico al momento dell'effettuazione dell'esame RM. Come per tutti i farmaci anche il mezzo di contrasto RM può, sebbene molto raramente, scatenare reazioni allergiche anche gravi che potranno essere efficacemente trattate.

Il paziente deve in questo caso presentarsi a digiuno la mattina dell'esame.

CONSENSO INFORMATO

Il Signor/a _____ data nascita _____

Informato sui rischi concernenti l'impiego di mezzo di contrasto per via parenterale, avendo letto e compreso la nota informativa a riguardo,

acconsento

non acconsento

a sottopormi all'indagine di risonanza magnetica con mezzo di contrasto.

Milano, li _____

Firma del Paziente o Tutore legale

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO

SCHEMA DI PRE-TRATTAMENTO FARMACOLOGICO IN PAZIENTI CON ALLERGIA AL MEZZO DI CONTRASTO (organo-iodato e paramagnetico)

24 ORE PRIMA DELL'ESAME ASSUMERE:

- DELTACORTENE - 1 compressa da 25 mg
- CETIRIZINA - 1 compressa da 10 mg
- ZANTAC - 1 compressa da 150 mg

13 ORE PRIMA DELL'ESAME ASSUMERE:

- DELTACORTENE - 1 compressa da 25 mg
- CETIRIZINA - 1 compressa da 10 mg
- ZANTAC - 1 compressa da 150 mg

7 ORE PRIMA DELL'ESAME ASSUMERE:

- DELTACORTENE - 1 compressa da 25 mg
- CETIRIZINA - 1 compressa da 10 mg
- ZANTAC - 1 compressa da 150 mg

1 ORA PRIMA DELL'ESAME ASSUMERE:

- CETIRIZINA - 1 compressa da 10 mg