

**ATTENZIONE: MODULO DA LEGGERE ATTENTAMENTE E DA PORTARE IL GIORNO DELL'ESAME.
QUESTO MODULO NON NECESSITA LA FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE**

MODULO INFORMATIVO ESAME RM

CHE COS'È: La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive ed in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza. **Tuttavia è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.**

A COSA SERVE: Viene utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico dell'encefalo e della colonna vertebrale, dell'addome, pelvi, dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico.

COME SI EFFETTUA: Il paziente viene sdraiato su un lettino e in relazione al tipo di organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa. **Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.** Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

COSA PUÒ SUCCEDERE - EVENTUALI COMPLICANZE: Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame.

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 - extension (capelli; ciglia).

Prima di sottoporsi all'esame asportare cosmetici dal viso e piercing rimovibili.

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il Medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM, preso atto delle risposte fornite dal Paziente nel questionario (v. pagina seguente) ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari, **AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM.**

Luogo, data

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

IL PAZIENTE ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, **acconsente l'esecuzione dell'esame.**

SE APPLICABILE: dichiaro di NON essere in stato di gravidanza certa o presunta: SÌ NO

Luogo, data

Firma del Paziente e/o Genitore del minore/Tutore

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

Cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

Medico Prescrittore _____ Medico di Base _____

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere attentamente compilato e autorizzato dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame che, per le sue valutazioni, si avvale anche delle risposte fornite dal paziente o dal tutore legale (ad esempio in caso di minore)

- Ha eseguito in precedenza esami RM ? SÌ NO
- Soffre di claustrofobia ? SÌ NO
- Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? SÌ NO
- Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? SÌ NO
- È stato vittima di traumi da esplosioni? SÌ NO
- Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? SÌ NO
- Ha subito interventi chirurgici su: SÌ NO
- Se sì, specificare sede e tipo di intervento: _____

- È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? SÌ NO
- È portatore di (in caso di risposta positiva portare documentazione):
 - Pace Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? SÌ NO
 - Se sì, è RM compatibile? SÌ NO
 - Schegge o frammenti metallici? SÌ NO
 - Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? SÌ NO
 - Valvole cardiache? SÌ NO
 - Stents? SÌ NO
 - Defibrillatori impiantati? SÌ NO
 - Distrattori della colonna vertebrale? SÌ NO
 - Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? SÌ NO
 - Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? SÌ NO
 - Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SÌ NO
 - Altri tipi di stimolatori? SÌ NO
 - Dispositivo intrauterino (IUD) ? SÌ NO
 - Derivazione spinale o ventricolare? SÌ NO
 - Protesi dentarie fisse o mobili? SÌ NO
 - Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc...? SÌ NO
 - Altre protesi? SÌ NO
- Localizzazione _____
- Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? SÌ NO
- È portatore di protesi del cristallino? SÌ NO
- Ha piercing non rimovibile? SÌ NO
- Localizzazione _____
- Presenta tatuaggi? SÌ NO
- Localizzazione _____
- Sta utilizzando cerotti medicali? SÌ NO

SINTESI INFORMATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO (MDC)

La somministrazione del mezzo di contrasto (MDC) per via endovenosa in alcuni tipi di indagine, è indispensabile per una corretta diagnosi. Le caratteristiche di tali farmaci permettono tranquillità di impiego, "pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione iniettabile".

I Pazienti dovranno eseguire preliminarmente il dosaggio della CREATININA del sangue e presentarlo al Personale Medico della sezione di RM: infatti i Pazienti affetti da insufficienza renale moderata o severa ai quali venga somministrato per via endovenosa un MDC a base di Gadolinio sono esposti maggiormente al rischio di sviluppare una rara patologia nota con il nome di Fibrosi Sistemica Nefrogenica (FSN), patologia rara caratterizzata da ispessimento della cute e dei tessuti connettivi, debilitante e raramente fatale. L'uso del MDC a base di Gadolinio, in pazienti considerati ad alto rischio è strettamente legato ad una scelta condivisa tra il Clinico richiedente e Medico Radiologo, nel rispetto del minor costo biologico e migliore risposta diagnostica.

La somministrazione del MDC può talora comportare alcuni lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito) con un'incidenza non prevedibile comunque molto bassa; può indurre anche reazioni allergiche gravi fino allo shock anafilattico. E' necessario quindi comunicare al Medico Responsabile dell'esame ogni eventuale tipo di allergia prima dell'esame stesso.

L'impiego del Gadolinio nelle donne in gravidanza è generalmente controindicato se non strettamente necessario, quindi l'eventuale stato di gravidanza deve essere preventivamente comunicato al Medico Responsabile dell'esame RM. E' opportuno comunicare anche l'eventuale fase di allattamento del proprio figlio. Ogni eventuale chiarimento in merito all'esecuzione dell'esame RM con mezzo di contrasto può essere richiesto al Medico Radiologo dell'Unità Operativa.

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI RM CON MDC

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

SE APPLICABILE esercente la potestà/Tutore del Paziente _____

informato/a dal Prof./Dott. _____

Reso/a consapevole dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita. Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto la somministrazione di mdc

rifiuto

Luogo, data _____

Firma del Paziente e/o Genitore del minore/Tutore _____

CONSENSO INFORMATO PER L'USO DI SOLUZIONI/GEL, PREPARATI FARMACEUTICI O EVENTUALE INTRODUZIONE DI BOBINE ENDOGENE IN RISONANZA MAGNETICA

A seconda dell'esame richiesto di Risonanza Magnetica è possibile sia necessaria ai fini diagnostici la somministrazione di :

- Soluzioni/gel per via rettale o vaginale (es. nelle defecoRM, studio pavimento pelvico, studio di patologia della cavità uterina e/o vaginale)
- Prodotti farmaceutici per via endovenosa ipotonizzanti (es. Buscopan) o diuretici (es. Lasix)
- Ansiolitici per impedire attacchi di panico o stati d'ansia gravi che inficerebbero l'indagine
- In alcuni casi è prevista l'introduzione nel corpo di bobine endogene

Per ogni informazione specifica si rimanda alla scheda tecnica specifica. Ogni eventuale ulteriore chiarimento può essere richiesto al Medico Radiologo.

Il Paziente si ritiene sufficientemente informata/o sui rischi legati alla:

- Somministrazione di soluzioni/gel o preparati farmaceutici per via orale o rettale
- Somministrazione di preparati farmaceutici per via ev o im o intrarticolare _____
- Introduzione di bobine endogene _____

NE ACCONSENTE LA SOMMINISTRAZIONE/UTILIZZAZIONE

Luogo, data

Firma del Paziente e/o Genitore del minore/Tutore

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI SEDATIVI PER ANESTESIA

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione di sedativi per anestesia. Pertanto, reso edotto dal medico responsabile dell'esame diagnostico della valutazione dei rischi correlati/beneficio diagnostico, ne acconsente la somministrazione.

Luogo, data

Firma del Paziente e/o Genitore del minore/Tutore

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI FINI DELLA PRIVACY

L'Azienda ULSS n 2 Marca trevigiana, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente alla "Informativa agli utenti" pubblicata nel sito aziendale www.aulss2.veneto.it in quanto applicabile.

Il paziente autorizza il trattamento dei dati personali forniti in sede di anamnesi al solo scopo di poter verificare da parte del medico responsabile dell'esame diagnostico la presenza di eventuali controindicazioni legate all'esame RM ed alla possibilità di poter somministrare o meno eventuali MDC / sedativi o eseguire particolari procedure di preparazione pre-esame. Si autorizza altresì, a seguito dell'esame, la conservazione da parte della struttura sanitaria dei questionari utilizzati contenenti i propri dati sensibili, prevista ai sensi del DM 2.8.91, i cui dati non potranno però essere utilizzabili per scopi diversi da quelli legati ad eventuali verifiche di merito a carattere medico-legale - effettuate anche a distanza di tempo - relative all'espletamento dell'esame stesso.

Luogo, data

Firma del Paziente e/o Genitore del minore/Tutore