



## NOTE INFORMATIVE E PREPARAZIONE PER L'ESECUZIONE DI RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE

La **risonanza magnetica** è una metodica radiologica che si basa sulla fisica dei campi magnetici e permette di visualizzare l'interno del nostro corpo senza effettuare operazioni chirurgiche o somministrare radiazioni ionizzanti (radiazioni X).

La risonanza magnetica è un'indagine sicura e del tutto innocua per l'organismo umano. L'assenza di radiazioni ionizzanti la rende particolarmente adatta anche per la ripetizione di esami a breve distanza di tempo. Durante la **risonanza magnetica**, il paziente viene a trovarsi all'interno di un campo magnetico molto forte (anche 10.000-15.000 volte superiore al campo magnetico terrestre); proprio per questo motivo, non tutte le persone possono eseguire questo tipo di esame.

E' necessario far compilare medico prescrivente un questionario anamnestico da presentare obbligatoriamente al medico radiologo prima di eseguire l'esame.

### Ricordarsi di portare il giorno dell'esame

- i **precedenti esami radiologici** (RX, TAC, Risonanze, Ecografie, Visite, ecc.)
- il **questionario** per la risonanza magnetica debitamente compilato dal proprio medico di medicina generale.
- la prescrizione medica
- L'assenza della prescrizione medica e del questionario e per le gli esami con mezzo di contrasto l'esito degli esami ematochimici, preclude l'esecuzione della prestazione.

### Norme di preparazione per l'esame CON MEZZO DI CONTRASTO

- Presentarsi a digiuno assoluto da almeno 6 ore rispetto all'orario dell'esame;
- essere munito dell'**esito degli esami ematochimici**: CREATININA (se diabetico anche GLICEMIA), non antecedenti ad un mese.
- non è necessario sospendere l'assunzione di farmaci in uso (es. anti-ipertensivi), assumerli con un po' d'acqua.
- Se portatori di lenti a contatto, le lenti dovranno essere tolte prima di eseguire l'esame; rimuovere eventuale cosmetici dal volto

### Se paziente DIABETICO:

#### Se si assumono terapie farmacologiche:

- i **pazienti diabetici che assumono Metformina** devono sospendere l'assunzione 48 ore prima dell'esame dopo aver consultato il medico curante o lo specialista che provvederà a sostituirlo con un altro prodotto antidiabetico. L'assunzione di Metformina potrà avvenire dopo almeno 48 ore dall'esame;
- i **pazienti con insufficienza renale** anche lieve, devono evitare l'assunzione, nelle 24 ore precedenti l'esame, di farmaci nefrotossici (FANS, antibiotici aminoglicosidi, beta-bloccanti);
- tutti gli altri farmaci devono essere assunti come d'abitudine

### Norme di preparazione per esame basale senza mezzo di contrasto

- Non è prevista alcuna norma di preparazione.
- non è necessario sospendere l'assunzione di farmaci in uso (es. anti-ipertensivi), assumerli con un po' d'acqua.
- Se portatori di lenti a contatto, le lenti dovranno essere tolte prima di eseguire l'esame; rimuovere eventuale cosmetici dal volto

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO

La presente scheda è parte integrante della documentazione clinica del Paziente e deve essere consegnata, **debitamente compilata al Medico Responsabile dell'indagine RM (Risonanza Magnetica).**

**Nome e Cognome** del Paziente \_\_\_\_\_

età \_\_\_\_\_ anni (compiuti)      peso (Kg) \_\_\_\_\_

Nome e Cognome **Medico Prescrivente (M.P.)** \_\_\_\_\_

firma **M.P.**

**Esame Proposto:** \_\_\_\_\_

**Quesito Diagnostico** (campo obbligatorio)

### CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE all'esecuzione dell'ESAME RM

*L'indagine **non può essere eseguita** in presenza di una di queste situazioni*

Paziente Portatore di <b>pace-maker cardiaco</b> ;	SI	NO
Paziente Portatore di <b>schegge o frammenti metallici</b> in sede oculare, viscerale o intracranica;	SI	NO
Paziente Portatore di impianti a rete metallica, espansori tissutali (mammella)	SI	NO
Paziente Portatore di protesi metalliche, impianti cocleari e protesi stapediale, placche o viti, fili, chiodi, distrattori della colonna, clips vascolari ferromagnetiche, valvole cardiache meccaniche, catetere di Swan-Ganz, elettrodi endocorporei, neurostimolatori, filtri vascolari, stent e spirali metalliche <b>di cui non si conoscano le caratteristiche (Casa costruttrice, tipo e data di impianto) e/o la sicura compatibilità magnetica</b>	SI	NO
Paziente Portatore di <b>Tatuaggio</b> eseguito da <b>meno di 6 mesi</b>	SI	NO

**NB. nel caso di situazioni dubbie è obbligatorio avviare il paziente alla raccolta informativa presso la struttura che ha impiantato il "device" e, successivamente, alla valutazione degli specialisti radiologi della struttura erogante le prestazioni.**

### CONTROINDICAZIONI RELATIVE all'esecuzione dell'ESAME RM

**L'effettiva controindicazione all'effettuazione dell'indagine RM, anche in caso di sussistenza di una sola delle condizioni sotto elencate è valutata dal Medico Responsabile dell'Esecuzione dell'Esame**

<b>Claustrofobico ?</b>	SI	NO
In <b>stato di Gravidanza?</b> (Settimana _____) <b>N.B: la Risonanza magnetica è controindicata nel I trimestre)</b>	SI	NO
Ha febbre?	SI	NO
Portatore di <b>protesi del cristallino applicata precedentemente all'anno 1985 ?</b>	SI	NO
Portatore di <b>schegge o frammenti metallici in sedi non vitali</b> (ha lavorato come tornitore, saldatore, carrozziere? Ha mai subito incidenti stradali, di caccia o ferite di guerra?)	SI	NO
Ha subito <b>interventi chirurgici</b> su collo, addome, torace, arti? indicare quali: _____	SI	NO
Portatore di <b>pompe di infusione di farmaci ?</b>	SI	NO
Portatore di <b>dispositivi intrauterini ?</b> Se <b>sì</b> , utile valutazione ginecologica successiva all'esame	SI	NO
Portatore di <b>protesi dentarie fisse o mobili ?</b>	SI	NO
Portatore di <b>shunt liquorale ventricolo-peritoneale ?</b>	SI	NO
Portatore di <b>anemia falciforme ?</b>	SI	NO
Portatore di <b>tatuaggio ?</b> Se costituito da materiale ferromagnetico può causare surriscaldamento e/o irritazione locale fino ad ustioni	SI	NO
Presenza di <b>cosmetici con polveri ferromagnetiche (mascara, eyeliner, etc.) ?</b>	SI	NO
Portatore di <b>piercing ?</b> (può mobilizzarsi o causare ustioni)	SI	NO



**Prescrizione per esami RM, solo se effettuati con mezzo di contrasto paramagnetico (m.d.c)**  
**Si rammenta, nel caso di esame RM con contrasto, che è opportuno un digiuno di 6 ore prima dell'esame.**

La presenza di insufficienza renale grave o moderata può essere concausa di una grave patologia denominata **fibrosi nefrogenica sistemica, si richiede che tutti i pazienti effettuino, entro i 30 giorni che precedono l'esame di RM, il dosaggio ematico della creatininemia e portino il risultato il giorno dell'esame.**

**i) Paziente con nota allergia al mdc** **SI** **NO**

**ii) Paziente allergico** con precedenti episodi di distress respiratorio, manifestazioni orticarioidi generalizzate gravi, angioedema, broncocostrizione, shock anafilattico, perdita di coscienza) **SI** **NO**

**Nel caso di risposta affermativa è consigliata la preparazione Preventiva riportata a pagina 4, del presente modulo.**

## Consenso informato 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. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame.

**Firma del paziente**

**Data**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Il Medico Responsabile dell'indagine RM.  
conferma che esistono le condizioni per l'esecuzione dell'indagine RM**

**Data** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Firma del Medico Responsabile dell'esame**

**NOTA INFORMATIVA**

L'esame con **Risonanza Magnetica** viene effettuato senza l'impiego di raggi X, utilizzando solo un forte campo magnetico ed onde a radiofrequenza.

La durata dell'indagine può essere molto diversa in rapporto al tipo di esame (20 minuti – 1 ora).

Il personale della struttura erogatrice è sempre presente e a Sua disposizione per qualsiasi necessità.

**SI PREGA DI PORTARE, CON SE', TUTTI GLI ESAMI RADIOLOGICI E STRUMENTALI PRECEDENTI ED EVENTUALI COPIE DI CARTELLE CLINICHE INERENTI AL QUESITO DIAGNOSTICO**

**Per effettuare l'esame TOGLIERE** indumenti con parti metalliche, lenti a contatto, protesi auricolari e tutte le altre protesi mobili, mollette per capelli, cosmetici dal volto, lacca, piercing, occhiali, gioielli, orologi, ganci, monete e ogni altro tipo di oggetto metallico, carte di credito, schede magnetiche.

**IN CASO DI IMPIEGO DI MEZZO di CONTRASTO**

- Per l'esecuzione di alcune indagini di RM può essere necessaria l'iniezione endovenosa di **mezzo di contrasto paramagnetico**.
- Come con tutti i farmaci, si possono verificare effetti collaterali o reazioni allergiche.
- Solo raramente sono state segnalate evenienze più gravi e pericolose per la vita del Paziente.

**Le Strutture Diagnostiche erogatrici di esami RM, dispongono comunque di personale e di attrezzature idonee ad affrontare tali reazioni avverse.**

**CONSENSO ALL'ESAME**

(per il paziente in generale, in particolare per la donna in stato di gravidanza)

Esaurientemente informato/a  
dal Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

sui rischi concernenti l'effettuazione dell'esame di RM e dell'eventuale impiego di mezzo di contrasto per via endovenosa

**ACCONSENTO** di sottopormi all'indagine

**NON ACCONSENTO** di sottopormi all'indagine

Parte di competenza delle signore pazienti in stato di gravidanza, preventivamente informata dal Medico Responsabile della RM sulla tipologia e sui possibili rischi dell'esame  
*Da compilare in caso gravidanza accertata o presunta all'atto dell'esecuzione dell'esame*

**ACCONSENTO** di sottopormi all'indagine

**NON ACCONSENTO** di sottopormi all'indagine

Data \_\_\_\_\_

Firma del/la paziente o del genitore o tutore

\_\_\_\_\_



<b>Data</b> _____	<b>Firma leggibile del Medico che ha comunicato le informazioni</b>  _____
-------------------	--

**PREPARAZIONE PAZIENTE ALLERGICO****PRO MEMORIA**

*Si riporta la preparazione dei pazienti allergici, qualora si è risposto positivamente ad una delle seguenti condizioni:*

i)	Soggetti con allergia nota al m.d.c
ii)	Soggetti allergici con precedenti episodi di distress respiratorio, manifestazioni orticarioidi generalizzate gravi, angioedema, broncocostrizione, shock anafilattico, perdita di coscienza

**Si ritiene che la preparazione PREVENTIVA debba essere eseguita secondo il seguente schema:**

**PREPARAZIONE**

- Prednisone 50 mg - 14 ore e 2 ore prima della procedura
- Antistaminico, secondo disponibilità commerciale, da assumere 2 ore prima della procedura
- Ranitidina 300 mg - 14 ore e 2 ore prima della procedura

Idratazione per OS, 500 ml prima della procedura ed almeno 2000 ml nelle 24 ore successive alla stessa

**DI PERTINENZA della U.O. di Radiologia**

***Nel caso di PAZIENTI NON precedentemente PREPARATI, se l'indagine è assolutamente indispensabile.***

**A giudizio del medico esecutore, l'indagine RM potrà essere eseguita subito dopo il seguente schema preparatorio:**

- Metilprednisolone 40 mg
- Clorfenamina 10 mg o, in sostituzione,  
Prometazina cloridrato, fiala 50 mg/2ml
- + Sol. Fisiologica 250 ml in 15 minuti circa
- Ranitidina 50 mg