


**MODULO DI ANAMNESI DELL'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA**

Sig/Sig.ra: \_\_\_\_\_ Nato/a il: \_\_\_\_\_ Peso (Kg): \_\_\_\_\_

Residente/Degente: \_\_\_\_\_ Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Reparto/Medico richiedente l'esame: \_\_\_\_\_

Quesito diagnostico: \_\_\_\_\_

Distretto corporeo oggetto dell'indagine: \_\_\_\_\_

***N.B. Si prega di rispondere a tutte le domande indicate nel questionario riportato nelle pagine seguenti e di firmare il modulo come consenso libero e informato all'esecuzione dell'esame. La mancata ottemperanza comporterà la nullità della richiesta.***

Ha eseguito in precedenza esami di RM?	Si	No	
Ha avuto reazioni allergiche dopo il mezzo di contrasto in RM?	Si	No	
<b>Il Paziente è affetto da:</b>			
• claustrofobia	Si	No	
• obesità marcata	Si	No	
• anemia falciforme	Si	No	
<b>Il Paziente è portatore di:</b>			
• pacemaker cardiaco	Si	No	
• altri tipi di cateteri cardiaci	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• valvole cardiache	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• stents	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• defibrillatori impiantati	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• distrattori della colonna vertebrale	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• pompe di infusione per insulina o altri farmaci	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• neurostimolatori, elettrodi endocerebrali o sottodurali	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• clips endocraniche, endoorbitarie, endovascolari	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• altri tipi di stimolatori?	Si	No	
• sonde di derivazione ventricolare o spinale	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• protesi auricolari	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• protesi oculari (es. cristallino)	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• lenti a contatto	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, viti, chiodi, fili, ecc.	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• protesi dentarie fisse o mobili	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• corpi intrauterini	Si	No	Se sì, del tipo (*):
• altre protesi/apparecchi o corpi metallici (punti, chiodi, ecc...) all'interno del corpo dei quali potrebbe NON essere a conoscenza	Si	No	Se sì, tipo e zona del corpo (*):
• schegge o corpi metallici dovuti a traumi, colpi d'arma da fuoco, esplosioni	Si	No	Se sì, tipo e zona del corpo(*):
<b>Il Paziente è stato sottoposto a interventi chirurgici?</b>	Si	No	Indicare sede e alcune note circa il tipo di intervento:

Testa:	Addome:
Collo:	Estremità:
Torace:	Altro:

È in stato di gravidanza?	Sì	No	Data ultima mestruazione:
Sta utilizzando cerotti medicali?	Sì	No	
È portatore di piercing?	Sì	No	Se sì, zona del corpo:
Presenta tatuaggi?	Sì	No	Se sì, zona del corpo:
È stato vittima di traumi stradali/incidenti?	Sì	No	Note:
È stato vittima di incidenti di caccia?	Sì	No	Note:
È stato vittima di esplosioni?	Sì	No	Note:
Lavora o ha lavorato come fabbro, tornitore, saldatore, carrozziere, addetto alla lavorazione di vernici metallizzate?	Sì	No	Note:

(\*) Indicare le specifiche del dispositivo o allegare la dichiarazione dello specialista che ha eseguito l'impianto

### IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM

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: \_\_\_\_\_

Firma del Medico Radiologo responsabile dell'esame RM \_\_\_\_\_

## CONSENSO INFORMATO RISONANZA MAGNETICA

### 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 all'esecuzione dell'esame.

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Paziente (\*) \_\_\_\_\_

(\*) In caso di Paziente minorenni è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci

***NB per l'Utenza esterna: Il giorno dell'esame, preferibilmente con 15/20 minuti di anticipo, presentarsi allo sportello dell'accettazione munito/a di impegnativa. Quest'ultima deve riportare chiaramente il quesito clinico.***

***Ricordarsi inoltre di portare in visione eventuali esami o visite effettuate in precedenza che abbiano attinenza con l'indagine in questione.***

***Non è necessario sospendere eventuali terapie farmacologiche in atto, salvo diversa indicazione medica.***



## PREMEDICAZIONE DEI PAZIENTI A RISCHIO DI REAZIONE AVVERSA A MEZZO DI CONTRASTO IODATO/PARAMAGNETICO

Alla cortese attenzione del Medico Curante/richiedente:

I Pazienti a rischio di reazione avversa al mezzo di contrasto (MdC) sono identificabili nelle seguenti categorie ([www.sirm.org/download/3584](http://www.sirm.org/download/3584)):

- Pregressa reazione allergica o simil-allergica a seguito di una indagine con la medesima classe di MdC da impiegare (per esempio a base di gadolinio o di iodio);
- Presenza di asma bronchiale o orticaria-angioedema non controllati dalla terapia farmacologica;
- Mastocitosi se diagnosticata;
- Pregressa anafilassi idiopatica (ovvero storia di episodi/o di anafilassi in cui non è riconoscibile la causa scatenante).

Nella somministrazione di MdC i fenomeni di intolleranza non sono sempre prevedibili e sebbene esistano scarse evidenze cliniche sull'efficacia della pre-medicazione nei Pazienti a rischio suggeriamo un trattamento farmacologico preparatorio all'indagine radiologica con uso di MdC iodato/paramagnetico per via endovenosa allo scopo di ridurre e/o prevenire reazioni allergiche secondo il seguente schema:

### Profilassi da praticare ai Pazienti con rischio allergico

- |  |
|--|
| • 13 ore prima: prednisone (Deltacortene Forte®) 50 mg per os (2 cp) |
| • 7 ore prima: prednisone 50 mg per os                               |
| • 1 ora prima: prednisone 50 mg per os e cetirizina 10 mg per os     |

È inoltre utile consigliare al Paziente un'abbondante idratazione prima e dopo l'esame per accelerare l'eliminazione del MdC per via renale, soprattutto nei casi di insufficienza renale ed epatica.

#### NOTA BENE:

L'allergia ai molluschi, crostacei, pesci o altri alimenti **non è da considerarsi** un fattore di rischio per reazioni da ipersensibilità a MdC. Anche l'allergia ad altre categorie di farmaci **non è da considerare** un fattore di rischio per tali reazioni.

Un'anamnesi positiva per reazioni da ipersensibilità ad antisettici iodati, quali soluzione di iodiopovidone (Betadine®) e iodoformio **non costituisce un fattore di rischio** per reazioni a MdC a base di iodio.

## CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MDC

Se si ritiene che l'esame possa prevedere la **somministrazione di mezzo di contrasto contenente gadolinio**, è indispensabile indicare se:

⇒  **NON RISULTA** /  **RISULTA** la presenza di **insufficienza renale moderata o grave** (concausa di sclerosi nefrogenica sistemica). In caso di dubbio anamnestico-clinico **entro 30 gg prima dell'esame RM** è necessario il dosaggio della creatininemia il cui risultato deve essere portato in visione dal Paziente al momento dell'esecuzione dell'esame RM.

**Se risulta insufficienza renale moderata o grave, indicare:**

**moderata (GFR 30-60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>)**  **grave (GFR <30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>)**

⇒  **NON RISULTA** /  **RISULTA** la presenza di **rilievi anamnestici di natura allergica** (causa di aumentato rischio) ed in particolare (eventualmente indicare): \_\_\_\_\_

*In tale evenienza si consiglia di attuare **terapia desensibilizzante** secondo lo schema illustrato nella pagina precedente.*

Per gli esami con l'utilizzo del mezzo di contrasto è necessario **PRESENTARSI IL GIORNO DELL'ESAME A DIGIUNO DA ALMENO 6 ORE E NON SOSPENDERE EVENTUALI TERAPIE FARMACOLOGICHE IN ATTO, SALVO DIVERSA INDICAZIONE MEDICA.**

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

**Firma del Medico Richiedente** \_\_\_\_\_

**Firma del Medico Radiologo responsabile dell'esame RM** \_\_\_\_\_

Il Paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico responsabile dell'esame (diagnostico) della valutazione dei rischi correlati/beneficio diagnostico, ne acconsente la somministrazione.

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

**Firma del Paziente (\*)** \_\_\_\_\_

(\*) In caso di Paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci