Centro Radiologico Polispecialistico
GRUPPO CIDIMU

Centro Radiologico Polispecialistico S.r.l.
Direttore Sanitario Dott. Giuseppe Mannino
Sede legale e operativa: Via Carducci 5 - 20092 Cinisello Balsamo (MI)
Tel 02.612.65.83 - Fax 02.660.171.39
info@crp-online.it - crpsrl@messaggipec.it - www.crp-online.it
Capitale Sociale Euro 110.000,00 I.V - C.C.I.A.A. Milano R.E.A. N. 1049501
C.F. / P.IVA / Reg. Impr. Milano: 05933070152

DOCUMENTO INFORMATIVO PER RISONANZA MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO(RMN CON MDC)

COS'È

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive. La Risonanza Magnetica di base si configura come un esame diagnostico non invasivo e 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 (articolazioni, osso, tessuti molli).

COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso né fastidioso. 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" (fasce, casco, piastre, ecc) sagomate in modo daadattarsi alla regione anatomica da studiare, queste non provocano dolore o fastidio essendo appoggiate all'esterno del corpo, ad eccezione delle bobine endorettali. 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.

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 direttamente o utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame.

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

I **pazienti**, prima di essere sottoposti all'esame RM, **DEVONO COLLABORARE CON IL MEDICO** (Responsabile della Prestazione Diagnostica) al fine di una corretta compilazione di un apposito "questionario anamnestico" (di seguito riportato) utile ad escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

PER EFFETTUARE L'ESAME OCCORRE:

Togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, cinta sanitaria, fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, telefoni cellulari, coltelli tascabili, ferma-soldi, monete, chiavi, ganci automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, punti metallici o graffette da tintoria, limette, forbici e altri eventuali oggetti metallici, ecc. Si raccomanda di evitare di truccarsi il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità dell'immagine. Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità respirando regolarmente. Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (es. per ipertensione o diabete).

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, sia prima, che una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita

Atto di consenso preparato secondo quanto suggerito dalle Linee-guida SIRM 2015.

Il Responsabile della Diagnostica per Immagini

Centro Radiologico Polispecialistico S.r.l.
Direttore Sanitario Dott. Giuseppe Mannino
Sede legale e operativa: Via Carducci 5 - 20092 Cinisello Balsamo (MI)
Tel 02.612.65.83 - Fax 02.660.171.39
info@crp-online.it - crpsrl@messaggipec.it - www.crp-online.it
Capitale Sociale Euro 110.000,00 I.V - C.C.I.A.A. Milano R.E.A. N. 1049501
C.F. / P.IVA / Reg. Impr. Milano: 05933070152

ESPRESSIONE DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Dichiarante:
Il/la sottoscritto/a .....
nato/a ..... il .....
residente in .....
Via .....
Perfettamente in grado di intendere e di volere l'atto medico programmato
(1) in qualità di esercente la potestà sul minore .....
(2) in qualità di tutore del paziente .....

dovendosi sottoporre ad indagine radiologica:
Risonanza Magnetica con Mezzo di Contrasto(RMN CON MDC)

che prevede la somministrazione di radiazioni ionizzanti ed e.v. di mezzo di contrasto, per .....
(quesito diagnostico)

DICHIARA

[ ] Di non essere in stato di gravidanza
[ ] Di essere in stato di gravidanza alla…….settimana
[ ] Di non poter escludere con certezza di essere in gravidanza

Firma del paziente

DICHIARA

Di essere stato informato\a dal Dr…….in modo comprensibile ed esauriente

- Sugli effetti e sui rischi che potrebbero essere causati dall'iniezione con il mezzo di contrasto, sui vantaggi conseguibili a seguito dell'esame e sugli svantaggi legati alla mancata esecuzione dell'esame;
- Che la procedura potrebbe essere modificata qualora in corso d'opera se ne manifesti la necessità
- Di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento **prima dell'esame**

di **ACCETTARE** ☐ di **NON ACCETTARE** ☐

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

Cinisello Balsamo, ...
(Data)

Firma del paziente o del rappresentante legale

Firma del Medico……..

REVOCA DEL CONSENSO

Il/La sottoscritto/a .....
(Cognome e Nome)
in data ..... dichiara di voler **REVOCARE** il consenso.

Firma del paziente o del rappresentante legale
……

Sistema Sanitario Regione Lombardia

REVISIONE N° 0 DEL 10/23

Centro Radiologico Polispecialistico S.r.l.
Direttore Sanitario Dott. Giuseppe Mannino
Sede legale e operativa: Via Carducci 5 - 20092 Cinisello Balsamo (MI)
Tel 02.612.65.83 - Fax 02.660.171.39
info@crp-online.it - crpsrl@messaggipec.it - www.crp-online.it
Capitale Sociale Euro 110.000,00 I.V - C.C.I.A.A. Milano R.E.A. N. 1049501
C.F. / P.IVA / Reg. Impr. Milano: 05933070152

QUESTIONARIO OBBLIGATORIO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI R.M.

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere attentamente compilato e firmato in calce 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). **Portare tutta la documentazione relativa agli interventi eseguiti (documentazione clinica e radiografica) consegnandola al personale sanitario: le verranno restituite insieme all'esame odierno.**

Data ..... Medico inviante .....

Cognome ..... Nome ..... C.F. .....

Data di nascita ..... Peso (Kg) ..... Professioni svolte .....

SI ☐ NO ☐ Ha febbre?

SI ☐ NO ☐ Ha eseguito in precedenza esami in RM?

SI ☐ NO ☐ Soffre di claustrofobia?

SI ☐ NO ☐ Ha mai lavorato o lavora come saldatore, tornitore, fabbro, carrozziere, meccanico, ecc…?

SI ☐ NO ☐ Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?

SI ☐ NO ☐ È stato vittima di traumi da esplosione?

SI ☐ NO ☐ È in stato di gravidanza certa o presunta?

SI ☐ NO ☐ Allattamento?

SI ☐ NO ☐ Ultime mestruazioni avvenute (in data .....)

SI ☐ NO ☐ È affetto da anemia falciforme?

SI ☐ NO ☐ Ha subito interventi chirurgici?

Testa ☐ Addome ☐ Collo ☐ Estremità ☐ Torace ☐ Occhi ☐ Altro ☐

SI ☐ NO ☐ È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?

È portatore di:

SI ☐ NO ☐ Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?

Dispositivi Cardiaci ☐ Stents ☐ Defibrillatori Impiantati ☐ Valvole Cardiache? ☐

SI ☐ NO ☐ Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?

SI ☐ NO ☐ Distrattori della colonna vertebrale?

SI ☐ NO ☐ Pompa per infusioni per insulina o altri farmaci?

SI ☐ NO ☐ Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?

SI ☐ NO ☐ Altri tipi di stimolatori? Quali? .....

SI ☐ NO ☐ Dispositivo intrauterino (es. IUD, Spirale)?

SI ☐ NO ☐ Derivazione spinale o ventricolare?

SI ☐ NO ☐ Protesi dentarie fisse o mobili?

SI ☐ NO ☐ Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, fili ecc?

SI ☐ NO ☐ Altre protesi (es. Silicone)? Localizzazione .....

SI ☐ NO ☐ Schegge o frammenti metallici? Piercing? Tatuaggi eseguiti negli ultimi 6 mesi? Localizzazione .....

SI ☐ NO ☐ Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?

SI ☐ NO ☐ Protesi del cristallino?

SI ☐ NO ☐ Cerotti medicali?

Atto di consenso preparato secondo quanto suggerito dalle Linee-guida SIRM 2015.

Centro Radiologico Polispecialistico S.r.l.
Direttore Sanitario Dott. Giuseppe Mannino
Sede legale e operativa: Via Carducci 5 - 20092 Cinisello Balsamo (MI)
Tel 02.612.65.83 - Fax 02.660.171.39
info@crp-online.it - crpsrl@messaggipec.it - www.crp-online.it
Capitale Sociale Euro 110.000,00 I.V - C.C.I.A.A. Milano R.E.A. N. 1049501
C.F. / P.IVA / Reg. Impr. Milano: 05933070152

PER EFFETTUARE L'ESAME 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 o graffette da tintoria, limette, forbici e altri eventuali oggetti metallici, ecc.

Si raccomanda di evitare di truccarsi il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità dell'immagine.

Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità respirando regolarmente.

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (es. per ipertensione o diabete).

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM

Preso atto delle risposte fornite dal paziente, raccolte da .....
ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM Data

....

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.

Firma del Paziente (*) Data

....

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

.....

Centro Radiologico Polispecialistico S.r.l.
Direttore Sanitario Dott. Giuseppe Mannino
Sede legale e operativa: Via Carducci 5 - 20092 Cinisello Balsamo (MI)
Tel 02.612.65.83 - Fax 02.660.171.39
info@crp-online.it - crpsrl@messaggipec.it - www.crp-online.it
Capitale Sociale Euro 110.000,00 I.V - C.C.I.A.A. Milano R.E.A. N. 1049501
C.F. / P.IVA / Reg. Impr. Milano: 05933070152

SPAZIO DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE

SCHEDA ANAMNESTICA - TAC E RISONANZA MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO

da compilarsi a cura del medico curante e/o del servizio Tac/Rm

Il/la paziente ..... ha in anamnesi

SI NO pregressa reazione **allergica o simil-allergica** a seguito di un'indagine con la medesima classe di MdC da impiegare (per es. a base di gadolinio o di iodio);

SI NO presenza di **asma bronchiale o orticaria-angioedema** non controllati dalla terapia farmacologica;

SI NO **mastocitosi**;

SI NO **pregressa anafilassi idiopatica** (ovvero storia di episodio/i di anafilassi in cui non è riconoscibile la causa scatenante).

se vi è almeno un SI ad una di queste condizioni contattare il Centro.

SI NO GFR < 30 ml/min x 1,73 M² calcolabile dalla creatinemia con MDRD o CKD - EPI 2021 (di non oltre 3 mesi)

SI NO grave insufficienza cardiovascolare, ipertiroidismo manifesto

se SI può essere opportuno allegare valutazione cardiologica/endocrinologica recente.

.....

FIRMA E TIMBRO MEDICO

PREPARAZIONE TAC / RMN CON MEZZO DI CONTRASTO

ESAMI ematochimici richiesti per l'esecuzione di indagini che prevedono la somministrazione endovena di Mezzi di Contrasto

- **CREATINEMIA, ED EVENTUALE FILTRATO GLOMERULARE**

Il Responsabile della Diagnostica per Immagini

Questionario anamnestico redatto secondo indicazioni del "Documento di Consenso SIRM - SIAIC
Gestione dei Pazienti a Rischio di Reazione Avversa a Mezzo di Contrasto"

Centro Radiologico Polispecialistico S.r.l.
Direttore Sanitario Dott. Giuseppe Mannino
Sede legale e operativa: Via Carducci 5 - 20092 Cinisello Balsamo (MI)
Tel 02.612.65.83 - Fax 02.660.171.39
info@crp-online.it - crpsrl@messaggipec.it - www.crp-online.it
Capitale Sociale Euro 110.000,00 I.V - C.C.I.A.A. Milano R.E.A. N. 1049501
C.F. / P.IVA / Reg. Impr. Milano: 05933070152

PREPARAZIONE AGGIUNTIVA PER TAC CON MEZZO DI CONTRASTO A PAZIENTI CHE RIFERISCONO ALLERGIA

Preparazione consigliata dai Medici Anestesisti in pazienti che riferiscono allergia a mezzo di contrasto iodato o ad altre sostanze, da sottoporre all'attenzione del Medico Curante.

Assumere per os, ogni giorno, nei 2 giorni che precedono l'esame ed il giorno di esecuzione dell'esame:

- **PANTOPRAZOLO** **20 mg** **2 volte/die**
- **CETIRIZINA** (ZIRTEC) **10 mg** **1 volte/die**
- **PREDNISONE** (DELTACORTENE) **5 mg** **4 volte/die**