



Unità Operativa Complessa RADIOLOGIA
Unità Operativa Semplice dipartimentale NEURORADIOLOGIA

ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

NOTIZIE UTILI :

Gentile Signore/a

Il medico che la segue ha ritenuto opportuno proporLe di sottoporsi ad un esame di risonanza magnetica.

Ricordi che alcune condizioni controindicano l'effettuazione dell'esame, per la qual cosa la preghiamo di rispondere con attenzione assieme al Suo medico al questionario allegato.

L'esame al quale si sottoporrà , in assenza di controindicazioni, è privo di rischi e comporta l'uso di un campo magnetico e di onde a radiofrequenza per studiare l'interno del Suo corpo.

Durante l'esame dovrà restare immobile e sentirà un rumore ritmico dovuto al normale funzionamento della macchina.

Resti tranquillo/a e rilassato/a durante l'esame la cui durata dipende dal tipo di indagine richiesta (da 30 a 60 minuti).

Durante l'esame , se ne avverte la necessità , può comunicare con il personale attraverso un microfono appositamente predisposto.

Nel primo trimestre di gravidanza l'esame è sconsigliato, salvo casi particolari da discutere con il medico radiologo responsabile.

RACCOMANDAZIONI PER IL PAZIENTE:

Togliere eventuali lenti a contatto, protesi per udito, protesi dentarie mobili, cinti erniari, busti, fermagli per capelli, mollette, occhiali, orologi, gioielli (compresi i piercing) monete, portamonete, ganci, chiavi, carte di credito, schede magnetiche, telefoni cellulari, cercapersone, oggetti metallici in genere.

Presentarsi con abbigliamento semplificato al massimo e privo di componenti metalliche o sintetiche. Asportare i cosmetici dal volto.

Portare con sé il giorno dell'esame una relazione clinica dettagliata sulla patologia da studiare e tutta la documentazione precedente del caso.

In caso di esame di risonanza magnetica con mezzo di contrasto endovena è necessario presentarsi a digiuno da almeno due ore

N.B. L'utente si dovrà presentare con l'impegnativa del Medico di Medicina Generale, l'eventuale richiesta del Medico Specialista e tutti gli esami precedenti, all'ora indicata presso l'accettazione del Servizio di Radiologia.

Nell'impossibilità di rispettare l'appuntamento si prega di avvisare presso il seguente numero di telefono :
0734 6253207

Si invita l'utente a considerare l'ora dell'appuntamento come indicativa . E' possibile che questa debba subire ritardi per il protrarsi oltre il previsto di appuntamenti precedenti, ovvero per imprevedibili indagini con carattere d'urgenza .
Confidiamo nella comprensione dell'utenza.

Unità Operativa Complessa RADIOLOGIA
 Unità Operativa Semplice dipartimentale NEURORADIOLOGIA
INFORMATIVA PER GLI ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA
 (DA COMPILARSI A CURA DEL PAZIENTE E DEL MEDICO INVIANTE)

MOTIVO DELL'INDAGINE

Cognome..... Nome.....

Nato a.....il

Abitazione via..... città.....

C.A.P..... Telefono.....

Quanti chilogrammi pesa? Quanto è alto/a?

Barrare la voce che interessa

E' mai stato sottoposto a Risonanza Magnetica ? NO SI

Soffre di claustrofobia? NO SI

Ha protesi dentarie fisse o mobili? NO SI Ha denti curati con materiale metallico NO SI

Ha subito interventi chirurgici ? NO SI

Se si, in quale parte del corpo e quando

E' stato sottoposto a radioterapia? NO SI E' stato trattato con chemioterapia? NO SI

Ha anamnesi positiva per neoplasie ? NO SI Quali

E' affetto da anemie falciforme o mediterranea? NO SI E' sottoposto a dialisi? NO SI

Soffre di asma ? NO SI Epilessia? NO SI Aritmie cardiache? NO SI

Insuff. Renale NO SI Insuff. respiratoria NO SI Insuff. Cardiaca NO SI

Se donna

E' in stato di gravidanza? NO SI Data ultima mestruazione.....

E' in allattamento? NO SI

E' portatrice di spirale intrauterina(IUD)? NO SI

CONDIZIONI CHE CONTROINDICANO O POSSONO CONTROINDICARE L'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA (nel caso contattare il personale del Reparto prima della data fissata per l'esecuzione dell'esame, di persona o telefonando allo 0734 6253207)

- Aver avuto problemi in precedenti esami di risonanza magnetica NO SI, quali?

- Essere allergico a qualche farmaco NO SI quali

- Aver lavorato o lavorare come saldatore, tornitore, carrozziere NO SI

- Essere portatore di:

- pace maker cardiaco NO SI

- cateteri, stent o filtri endovascolari NO SI

- clips o stents metallici su aneurismi o per interventi di by-pass aorto-coronarici NO SI

- valvole cardiache NO SI

- distrattori o protesi della colonna vertebrale NO SI

- pompa di infusione per insulina o altri farmaci NO SI

- corpi metalli nelle orecchie , protesi cocleari o impianti per udito NO SI

- neurostimolatori o elettrodi nel cervello o subdurali NO SI

- protesi oculari o del cristallino NO SI Impiantata nell'anno

- protesi metalliche, viti, chiodi, fili ecc per pregresso intervento NO SI

sede e data di impianto

- schegge o frammenti metallici nel corpo NO SI

- schegge o frammenti metallici negli occhi NO SI

- tatuaggi e cosmetici permanenti NO SI sede e data di applicazione

INFORMATIVA SULL'USO DEL MEZZO DI CONTRASTO IN RISONANZA MAGNETICA

Durante l'esame è talora necessario (circa nel 40% dei casi) somministrare un mezzo di contrasto, diverso da quelli impiegati in TAC e radiologia.

I mezzi di contrasto attualmente a disposizione in RM sono prodotti sicuri e sono stati impiegati in oltre 200 milioni di pazienti. Occasionalmente però possono dare delle reazioni avverse. Il personale che La assiste è addestrato per curare nel modo migliore queste reazioni nel caso si verificassero. **Si raccomanda in ogni caso un intervallo di almeno una settimana tra una somministrazione di mezzo di contrasto e la successiva.**

I tipi di reazioni che si possono manifestare sono:

1. **Reazioni minori**, come starnuti, nausea ed eritema cutaneo (probabilità 1%)
2. **Reazioni maggiori**, come difficoltà respiratorie e/o cardio-circolatorie , convulsioni, perdita di conoscenza (probabilità 0,01%).

Assai raramente, come succede con altri farmaci, i mezzi di contrasto possono causare il decesso (probabilità 0,000002%).

Si richiama inoltre l'attenzione dei pazienti e dei loro medici sulla recente associazione osservata tra la somministrazione di mezzi di contrasto contenenti gadolinio e l'insorgenza di Fibrosi Sistemica Nefrogenica (NSF, chiamata anche Dermatopatia Nefrogenica Fibrosante) in pazienti con grave insufficienza renale (filtrato glomerulare < 30 ml/min/1,73 m²) o che hanno avuto o sono in attesa di trapianto di fegato, nei quali è sconsigliato l'impiego di tali mezzi di contrasto, se non indispensabile. Al momento attuale nel mondo sono stati segnalati più di 215 casi di questo tipo. Non si conoscono casi di NSF in pazienti con funzionalità renale normale. Altre informazioni sulla NSF possono reperirsi ai siti: <http://www.esur.org>, <http://www.icnfd.org>.

Il preavviso dell'utilizzo di questi mezzi di contrasto in RM tutti i pazienti di età superiore a 65 anni o con patologia renale nota, sospetta o pregressa devono essere sottoposti a dosaggio della creatinemia (validità 1 mese) con valutazione del filtrato glomerulare, utilizzando le formule sottoriportate.

ADULTO : Calcolo del filtrato glomerulare (formula di Cockcroft-Gault) $FG =$

$$\frac{(140 - \text{età in anni}) \times \text{peso corporeo ideale in kg}}{72 \times \text{creatinemia in mg/dL}}$$

Se il paziente è uomo il risultato va moltiplicato per 1, se la paziente è donna per 0,85.

Il peso corporeo ideale può essere calcolato come altezza (in cm) - 100

ETA' PEDIATRICA (0 - 18 anni): Calcolo del filtrato glomerulare (formula di Schwartz) $FG =$

$$\frac{K \times \text{altezza (in cm)}}{\text{creatinemia in mg/dL}}$$

dove K è uguale a : 0,33 nel pretermine, 0,45 nel bambino nato a termine e fino a 12 mesi di età, 0,55 nel bambino dal compimento del primo anno fino a 13 anni, successivamente e fino a 18 anni 0,55 nelle femmine e 0,65 nei maschi

ANAMNESI DI INSUFFICIENZA RENALE (barrare) NO SI NON SO

CREATININEMIA pari a mg/dL in data **FILTRATO GLOMERULARE** pari a ml/min/1,73 m²

Data

Firma e timbro del medico

Firma del paziente o del legale rappresentante

Tel. del medico.....

CONSENSO INFORMATO ALL'USO DEL MEZZO DI CONTRASTO IN RISONANZA MAGNETICA DA COMPILARSI A CURA DEL PAZIENTE E DEL MEDICO RADIOLOGO

A seguito del colloquio avuto con il medico specialista in Radiologia e dopo aver letto attentamente la nota informativa dell'esame al quale sarò sottoposto, il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a:

- o delle modalità di svolgimento dell'esame, degli effetti collaterali, degli effetti secondari e delle complicanze (con particolare riguardo alla possibilità di imprevedibili reazioni avverse connesse alla somministrazione del mezzo di contrasto).
- o dei vantaggi e degli svantaggi che potrebbero derivare dalla mancata esecuzione dell'esame RM che mi è stato proposto.
- o che verranno poste in atto le misure di prevenzione eventualmente necessarie e l'immediato trattamento sanitario in situazioni di emergenza.

Pertanto, in base alle informazioni ricevute e da me pienamente comprese, RILASCIO IL CONSENSO ad essere sottoposto/a alla esecuzione del seguente esame di risonanza magnetica con mezzo di contrasto:

....., li

Firma del paziente o del legale rappresentante

Firma del medico specialista in Radiologia