

MODULO DI SCREENING PER PAZIENTI CHE SI SOTTOPONGONO A PROCEDURE DI RMN CARDIACA

Data ____/____/____ Numero Paziente _____

Cognome e nome _____ Età _____ Altezza _____ Peso _____

Data di nascita ____/____/____ Maschio Femmina Parte del corpo da esaminare _____

Indirizzo _____ Città _____ CAP _____

Telefono (casa) (____) _____ - _____ Telefono (cell.) (____) _____ - _____

Ragioni per MR e/o Sintomi _____

Medico di riferimento _____ Telefono (____) _____ - _____

1. In passato ti sei sottoposto a qualche intervento chirurgico (es. artroscopia, endoscopia, etc.)? No SI

Se SI, indica la data e il tipo di chirurgia:

Data ____/____/____ Tipo di chirurgia _____

Data ____/____/____ Tipo di chirurgia _____

2. Ti sei mai sottoposto prima ad un esame diagnostico di immagine (MR, CT, Ecografia, Raggi X, etc.)? No SI

Se SI, elenca

| | parte del corpo | data | Presidio sanitario |
|--------------------------------|-----------------|----------------|--------------------|
| MR (risonanza magnetica) | _____ | ____/____/____ | _____ |
| TAC | _____ | ____/____/____ | _____ |
| Raggi-X | _____ | ____/____/____ | _____ |
| Ecografie | _____ | ____/____/____ | _____ |
| Medic. Nucleare (scintigrafie) | _____ | ____/____/____ | _____ |
| Altro | _____ | ____/____/____ | _____ |

3. Hai avuto esperienza di qualche problema in relazione a precedente esame o procedura di RMN? No SI

Se SI, descrivilo: _____

4. Hai mai avuto in passato una ferita agli occhi con oggetti o frammenti metallici? (schegge metalliche, corpi estranei, etc.)? No SI

Se SI, descrivili: _____

5. Sei mai stato ferito con un oggetto metallico o corpo estraneo ? (es., colpi, pallottole, schegge, etc.)? No SI

Se SI, descrivili: _____

6. Stai assumendo o hai recentemente assunto medicinali o farmaci ? No SI

Se SI elencali: _____

7. Sei allergico a qualche medicinale ? No SI

Se SI elencali: _____

8. Hai una storia di asma, reazione allergica, malattia respiratoria, o reazione a mezzo di contrasto usato per una RMN, TAC, o un esame a raggi-X ? No SI

9. Hai anemia o qualche altra malattia che riguarda il sangue, una storia di malattia renale, insufficienza renale, trapianto renale, ipertensione arteriosa, malattia del fegato, una storia di diabete o epilessia ? No SI

Se SI descrivi _____

Per le pazienti donne:

10. Data dell' ultima mestruazione ____/____/____ Post menopausa No SI

11. Sei in gravidanza o hai un lungo ritardo mestruale ? No SI

12. Stai assumendo contraccettivi orali o hai in corso un trattamento ormonale ? No SI

13. Stai assumendo qualche tipo di medicamento o trattamento per la fertilità No SI

Se SI descrivi: _____

14. Stai allattando al seno ? No SI



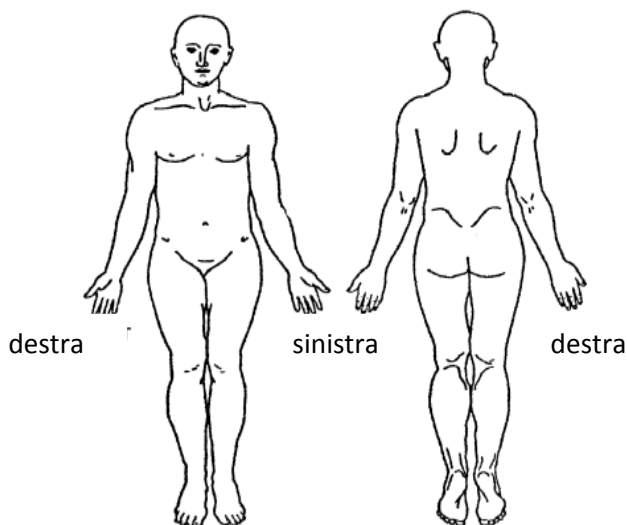
ATTENZIONE: Alcuni impianti, dispositivi o oggetti possono essere pericolosi per la sua sicurezza e/o possono interferire con le procedure di RMN. Non entri nella stanza o in un ambiente di un'apparecchiatura RMN se ha qualche domanda o dubbio riguardo un impianto, un dispositivo o un oggetto. Consulti il Tecnico RMN o il Radiologo PRIMA di entrare in una stanza RMN. Il sistema magnetico RMN è SEMPRE acceso.



ISTRUZIONI IMPORTANTI

Prima di entrare in un ambiente per RMN o in una sala con un sistema RMN, bisogna rimuovere tutti gli oggetti metallici inclusi apparecchi auricolari, dentiere, placche parziali, chiavi, beeper, cellulari, occhiali, mollette per capelli, mollette, gioielleria, oggetti per il piercing, orologi, spille di sicurezza, graffette, clip per banconote, carte di credito e bancomat, carte con strisce magnetiche, monete, penne, coltelli da tasca, tagliaunghie, utensili ed indumenti con chiusure e filettature metalliche.

Si prega di consultare il Radiologo o il Tecnico se si ha qualche domanda o dubbio PRIMA di entrare nell' ambiente di RMN.



Per favore, segni sulla figura a fianco la posizione di ogni impianto o parte metallica all'interno del suo corpo

NOTA: Vi sarà chiesto prima di entrare nella sala RMN, di rimuovere alcuni dei vostri indumenti e di indossare un camice di carta e di indossare tappi auricolari o qualche altra protezione per l'udito durante la procedura di RMN per prevenire possibili problemi o pericoli in relazione al fastidio acustico (rumore).

Per favore, segni se ha qualcuno dei seguenti:

| | | | |
|---|---|--|---|
| Clip di aneurismi | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Nuclei o impianti emettenti radiazioni | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| Pacemaker | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Cateteri Swan-Ganz o per termo-diluizione | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| Defibrillatori impiantati (ICD) | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Cerotti con rilascio di farmaci (nicotina, nitrati) | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| Dispositivi o impianti elettronici | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Qualche frammento metallico o corpo estraneo | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| Sistemi di neuro stimolazione | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Impianti a maglia | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| Stimolatori del midollo spinale | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Espansori tissutali (es. petto) | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| Elettrodi o spire interne | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Graffette, clip, suture metalliche chirurgiche | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| Stimolatori per la crescita o fusione ossea | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Articolazioni artificiali (bacino, ginocchio, anca) | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| Impianti cocleari, otologici o intraauricolari | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Spille, viti, chiodi, spire o piastre metalliche in ossa o articolazioni | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| Pompe insuliniche o altre pompe da infusione | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Dispositivi intrauterini (spiral), diaframmi | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| Dispositivi impiantati per infusione di farmaci | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Dentiere o placche parziali | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| Qualche tipo di protesi (oculare, peniena ecc.) | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Tatuaggi o trucco permanente | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| Protesi valvolari cardiache | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Gioielleria perforante (piercing) | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| Fili o spire palpebrali | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Apparecchi auricolari (da rimuovere prima di entrare in sala RMN) | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| Arti artificiali o protesici | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Altri impianti _____ | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| Maglie (Stent), filtri o anelli metallici | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Problemi respiratori o alterazione del movimento | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| Shunt (spinale o intraventricolare) | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | Claustrofobia | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| Cateteri e/o orifici d'accesso vascolare | No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> | | |

Criteria generali di esclusione per RMN Cardiaca

- Corpi estranei di materiale ferromagnetico (defibrillatori, pacemaker, protesi valvolari, impianti cocleari, ecc.). Sono ammissibili pazienti con stent intracoronarici RMN compatibili (previa esibizione di dichiarazione di conformità della struttura nella quale è stato impiantato)
- Claustrofobia
- Storia di gadolinio allergia
- Disfunzioni renali con velocità di filtrazione glomerulare <30 ml/min/1.73 m²)
- Intolleranza nota all'Adenosina (se richiesta RMN con stress farmacologico)
- Intolleranza nota a Dobutamina per aritmie ventricolari critiche (se richiesta RMN con stress farmacologico)
- storia di broncospasmo o asma
- ipotensione persistente con pressione sistolica <90 mmHg
- angina instabile o infarto del miocardio (MI) da meno di due giorni prima
- blocco atrioventricolare di grado elevato (da II grado Mobitz 2) o pause > 2 secondi
- aritmie non controllate,
- stenosi aortica critica (se richiesta RMN con stress farmacologico)
- Fibrillazione atriale o aritmie caotiche.
- Frequenza cardiaca > 80 bpm non controllabile farmacologicamente

ISTRUZIONI PER LA PRENOTAZIONE

All'atto della richiesta di prenotazione dovrà essere esibita ricetta rossa del SSN.

In caso di richiesta su carta intestata proveniente da altre Strutture Sanitarie, in costanza di ricovero, la richiesta dovrà essere vidimata dalla Direzione Sanitaria della Struttura richiedente ¹⁾.

La richiesta dovrà esplicitare se:

Risonanza Magnetica Cardiaca con mezzo di contrasto ovvero Risonanza Magnetica Cardiaca senza mezzo di contrasto.

Nella ricetta (o in separata relazione di accompagnamento) dovrà essere circostanziata l'indicazione clinica per la suddetta richiesta.

Il Paziente o i suoi familiari o la Struttura Sanitaria di degenza sono tenuti ad esibire all'atto della richiesta ogni documentazione sanitaria (cartelle cliniche, esami strumentali quali Elettrocardiogrammi di base, Holter e da sforzo, Ecocardiogrammi, Scintigrafie, Coronarografie ecc.) in loro possesso²⁾.

¹⁾ N.B L'accettazione della richiesta proveniente da altre Strutture Sanitarie è subordinata a preventivi accordi tra Amministrazione della Casa di Cura Villa del Sole e l'Amministrazione della Struttura sanitaria richiedente.

²⁾ La Casa di Cura Villa del Sole si riserva di convocare il Paziente per preventiva visita (senza ulteriori oneri economici) e di accettare o meno la richiesta in caso di mancata soddisfazione di qualche criterio di eleggibilità per l'esame.

Il Paziente dovrà esibire i seguenti esami ematochimici eseguiti negli ultimi 30 giorni: Emocromo, Azotemia, Creatininemia, SGOT, SGPT, γ GT, Elettroforesi Proteica, Esame delle urine con ricerca della proteinuria di Bence Jones.

IN CASO DI ALLERGIE NOTE O PREGRESSE AL MEZZO DI CONTRASTO, GRAVI ALLERGIE A FARMACI O SOSTANZE, O IN PRESENZA DI INSUFFICIENZA RENALE CRONICA il Medico Curante dovrebbe considerare prioritariamente indagini diagnostiche alternative che non prevedano somministrazione di mezzi di contrasto; se invece è necessario il mdc, si devono ritirare c/o radiologia alcune note specifiche da presentare al curante ed il Paziente dovrà attenersi ad un pretrattamento desensibilizzante alcuni giorni prima ed il giorno dell'esame.

Se è stato somministrato mezzo di contrasto è sconsigliato sottoporsi nelle 48 ore successive ad una indagine radiologica dell'addome e nei 7 giorni successivi ad un'altra indagine con analogo MDC.

L'esame viene effettuato con almeno 6 ore di digiuno (tranne acqua) ed in caso di RMN con stress farmacologico, il giorno precedente all' esame si prescrive l' astensione da xantine (caffè, the, cola, cioccolata ecc.). Possono essere assunti i farmaci propri della terapia in atto con esclusione di Metformina e Teofillina (quest' ultima in caso di RMN con stress farmacologico).

DICHIARAZIONE

Io attesto che le informazioni sopraelencate sono corrette per quanto ne abbia conoscenza. Ho letto e compreso il contenuto di questo MODULO DI SCREENING PER PAZIENTI CHE SI SOTTOPONGONO A PROCEDURE DI RMN CARDIACA in tutte le sue parti (pagine da 1 a 5) ed ho avuto l' opportunità di porre domande riguardo alle informazioni ivi contenute e riguardo la procedure di RMN a cui sarò sottoposto.

Firma leggibile: _____ Data ____ / ____ / ____

Modulo compilato da: Paziente Parente infermiere/tecnico _____

Nome del parente e grado di parentela _____

Modulo informativo revisionato da : _____

Firma del : Tecnico RMN Infermiere Radiologo Altro _____