

MODELLO DI DICHIARAZIONE ANAMNESTICA PER L'USO DEI MEZZI DI CONTRASTO

Dichiarazione anamnestica, attestante l'esistenza o meno di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione di mezzi di contrasto.

Si certifica che Il/la Sig./ra _____

Data di nascita _____

Non presenta i seguenti particolari anamnestici: precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzi di contrasto; altre precedenti reazioni allergiche; presenza di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione di mezzi di contrasto; grave insufficienza renale; grave insufficienze epatica; grave insufficienza cardiaca; paraproteina di Waldenström; mieloma multiplo; diabete.

Non assume: farmaci biguanidi; interleukine; β -bloccanti.

Presenta i seguenti particolari anamnestici:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - Precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzi di contrasto | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Altre precedenti reazioni allergiche: _____ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - Presenza di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione del mezzo di contrasto: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - grave insufficienze epatica | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - grave insufficienza renale | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - grave insufficienza cardiaca | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - paraproteinemia di Waldenström | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - mieloma multiplo | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - diabete | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - assume farmaci biguanidi | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - assume interleukine | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| - assume β -bloccanti | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Eventuali indagini eseguite: NO SI _____

Eventuali notizie anamnestiche aggiuntive rispetto alla diagnosi o quesito clinico _____

L'assistito è stato informato che:

- 1) all'atto dell'esecuzione dell'indagine, se effettuata con mezzo di contrasto, verrà acquisito il consenso scritto.
- 2) l'iniezione del mezzo di contrasto va sempre effettuata in condizioni di buona idratazione, per cui le norme relative al digiuno non riguardano l'assunzione di acqua e l'assunzione di terapie abituali.
- 3) È utile fornire documentazione, se ne è in possesso, di eventuali esami strumentali (TC, RM, ECO, RX, Scintigrafie, Endoscopia), di reperti cito-istologici, di esami di laboratorio e copie di cartelle cliniche.

Data _____

Firma del Medico Proponente o del Medico di Medicina Generale _____

Firma dell'Assistito _____
(per presa visione)

VALUTAZIONE ANAMNESTICA E ACCETTAZIONE ESAME SI NO

Firma del Medico Radiologo Responsabile
dell'esecuzione dell'esame

Data _____

SOSTITUZIONE ESAME PROPOSTO CON ALTRO

Motivi della sostituzione _____

Firma del Medico Radiologo Responsabile
dell'esecuzione dell'esame

Data _____

INVIO AD ACCERTAMENTI/CONSULTO CON ANESTESISTA

Firma del Medico Radiologo Responsabile
dell'esecuzione dell'esame

Data _____

**RICHIESTA PER ESAMI RADIOLOGICI
CON MEZZO DI CONTRASTO PER VIA INIETTIVA**
(Nota Min. San. 17.9.97)

La nota del Ministero della Sanità (prot. 900 VI/11. AG/6542 del 17.09.1997), a proposito dell'uso di mezzi di contrasto organoidati e paramagnetici precisa quanto segue:

- * Il pericolo di gravi reazioni di intolleranza (reazioni anafilattoidi dovute alla formazione legami "macrocomplessi m.d.c. e proteine plasmatiche"), per particolari categorie di pazienti a rischio, ricorre con l'uso di mezzi di contrasto organoidati di tipo ionico;
- * l'incidenza di reazioni anafilattoidi appare meno probabile con mezzi di contrasto non ionici per la trascurabile capacità degli stessi di legarsi alle proteine plasmatiche;
- * I mezzi di contrasto non ionici sono oggi utilizzati in oltre il 95% delle indagini urografiche, angiografiche e di tomografia computerizzata;
- * I mezzi di contrasto paramagnetici sono una categoria di farmaci totalmente differenti rispetto a quelle precedenti e che, in ragione dei piccoli volumi iniettati e le diverse caratteristiche farmacologiche, permettono tranquillità di impiego, pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità caratteristici di ogni formulazione iniettabile.

Premesso quanto sopra la stessa circolare precisa che:

- 1 - La valutazione clinico-anamnestica di ciascun assistito da sottoporre ad indagine con mezzi di contrasto da parte del medico curante, che richiede l'esame, e da parte del radiologo, che esegue l'esame, rappresenta per la prevenzione il momento più importante;
- 2 - Il ricorso abituale, in ogni caso, a batterie di esami/procedure diagnostiche predefinite, non ha indicazioni ai fini di prevenire incidenti da mezzi di contrasto. Test laboratoristici e procedure diagnostiche sono indicati per definire, nei soggetti a rischio, il grado delle condizioni patologiche;
- 3 - sono considerati a rischio i soggetti che risultino sul piano clinico-anamnestico a comprovato rischio allergico, portatori di gravi forme di insufficienza epatica e renale o cardiovascolare o di paraproteine di Waldenström o di mieloma multiplo.

Test laboratoristici e procedure diagnostiche sono indicati per definire nei soggetti a rischio il grado delle condizioni patologiche di cui ai punti 1 e 2.

Da leggere attentamente prima di sottoporsi all'indagine diagnostica

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER GLI ESAMI RADIOLOGICI CON MEZZI DI CONTRASTO

Dichiarante

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente in _____ Via _____

Dichiaranti(da compilare solo in caso di necessità di "rappresentanti legali")

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente in _____ Via _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente in _____ Via _____

In qualità di rappresentanti legali di _____ nato a _____ il _____

Informato/i in modo chiaro e completo dal Dott. _____

sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente _____

per la quale è garantita la riservatezza dei dati personali utilizzabili per eventuali studi o pubblicazioni scientifiche;

* sulla modalità di esecuzione dell'indagine e sulla tipologia degli strumenti utilizzati;

* sulla composizione chimica delle sostanze iniettate per via endovenosa (mezzi di contrasto organo-iodati, ionici/non ionici, mezzi di contrasto paramagnetici) farmaci impiegati;

* reso/i consapevole/i della possibilità impossibilità di effettuare indagini alternative di pari efficacia;

* reso/i consapevole/i dei rischi relativi e di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita;

* reso/i consapevole/i degli inconvenienti conseguenti alla mancata esecuzione dell'indagine, per l'insufficienza dei dati raccolti al fine di raggiungere una diagnosi esaustiva;

* reso/i consapevole/i del parere del medico e che l'indagine proposta è quella che offre il miglior rapporto beneficio/rischio sulla base delle conoscenze attuali;

* reso/i consapevole/i della possibilità impossibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mi/ns. richiesta;

* reso/i consapevole/i del fatto che l'indagine possa essere modificata al manifestarsi di eventi avversi;

* presa visione delle informazioni riportate sul retro relative all'indagine/procedura in oggetto

* Ho ben compreso inoltre che esistono altri eventi avversi o complicanze molto più rare di cui, a richiesta, posso essere informato verbalmente;

* Sono consapevole del fatto che il consenso può essere da me ritirato in qualsiasi momento.

dichiara/dichiarano quanto segue

valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetta/accettano l'indagine proposta

rifiuta/rifutano l'indagine proposta

Dichiarante/i _____

Medico Radiologo _____

(nome, cognome stampatello + firma)

Firma di eventuali testimoni _____

Firma di eventuale interprete _____ Data _____

L'utente ha facoltà ed opportunità di chiedere ulteriori delucidazioni in ogni momento dell'indagine

Ritiro il consenso Data _____

Firma

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER GLI ESAMI RADIOLOGICI CON MEZZI DI CONTRASTO

Gentile Signore/a,

L'indagine diagnostica prevede l'utilizzo di:

MEZZI DI CONTRASTO ENDOVASCOLARI

MEZZI DI CONTRASTO ORGANOIODATI per via venosa o arteriosa. Il mezzo di contrasto usato è stato scelto tenendo in considerazione i parametri di qualità, efficacia e tollerabilità con l'obiettivo di utilizzare il prodotto migliore presente sul mercato. Questi preparati provocano la opacizzazione per via vascolare delle strutture anatomiche e ne rendono possibile una più certa identificazione e delimitazione, consentendo spesso una migliore definizione della patologia in causa sia ai fini diagnostici che terapeutici. Il loro utilizzo può avvenire, a seconda delle necessità diagnostiche, per infusione lenta o a bolo rapido. Presso questa struttura sono utilizzati, di norma, mezzi di contrasto iodati non ionici notevolmente più sicuri ed affidabili che in passato; tuttavia, in una minima percentuale dei casi (1-3%) sono possibili reazioni avverse, spesso di grado lieve (stravaso in sede di iniezione, sudorazione, nausea o vomito, secchezza delle fauci, orticaria) o medio, (dispnea, broncospasmo, alterazioni pressorie e del ritmo cardiaco, angina, convulsioni, lipotimia); rare, ma possibili, sono le reazioni gravi (edema della glottide, shock anafilattico), di cui severe 0.04% ,e molto severe 0.004%. Gli ultimi dati della letteratura riportano un decesso ogni 70.000 esami, valori non molto dissimili dalla somministrazione di penicillina o altri farmaci. Il pericolo di gravi reazioni di intolleranza (reazioni anafilattoidi dovute alla formazione di legami "macrocomplessi m.d.c. e proteine plasmatiche") ricorre più frequentemente con l'uso di mezzi di contrasto organoiodati di tipo ionico. L'incidenza di reazioni anafilattoidi appare meno probabile con mezzi di contrasto non ionici per la trascurabile capacità degli stessi di legarsi alle proteine plasmatiche. I mezzi di contrasto non ionici sono oggi utilizzati in oltre il 95% delle indagini urografiche, angiografiche e di tomografia computerizzata. In caso di precedenti allergici specifici ai mezzi di contrasto iodati l'esame potrà essere effettuato, solo se ritenuto assolutamente indispensabile, previa premedicazione con farmaci antistaminici e/o cortisonici e copertura anestesiológica. Vi sono, poi, alcune malattie che, pur non rappresentando una controindicazione assoluta, aumentano notevolmente il rischio di reazioni avverse e in presenza delle quali è necessaria una valutazione preliminare circa l'effettiva necessità di eseguire l'indagine: mieloma multiplo, paraprotidemia di Waldenström, grave insufficienza epatica, insufficienza cardiaca o insufficienza renale anche lieve, nefropatie croniche anche senza insufficienza renale, tireotossicosi, allergia pregressa, ipertiroidismo, stati di debilitazione e disidratazione, asma e altre malattie allergiche, anemia falciforme.

La preghiamo, pertanto di segnalare preventivamente al Medico Radiologo tutte le patologie di cui è portatore ed in particolare quelle prima riportate.

Per i seguenti esami è necessaria l'iniezione endovascolare o endocavitaria (es.: fistelografia) di mezzi di contrasto:

UROGRAFIA, COLANGIOGRAFIA, FISTOLOGRAFIA, TC CON MEZZO DI CONTRASTO, ARTERIOGRAFIA, FLEBOGRAFIA.

MEZZI DI CONTRASTO PARAMAGNETICI (RM) per via venosa. Questi preparati rendono possibile una migliore definizione delle strutture anatomiche e della patologia in causa e del dettaglio anatomico.

Le reazioni avverse legate al loro utilizzo si presentano in meno dell'1% dei casi e sono spesso localizzate al punto di iniezione (senso di calore). Rare le reazioni medio-gravi (0,05%) e quasi sempre di natura allergica.

La preghiamo, comunque, di segnalare preventivamente al Medico Radiologo le patologie di cui è portatore, in particolare quelle allergiche.

SE LE INFORMAZIONI RIPORTATE IN QUESTO FOGLIO, FORZATAMENTE LIMITATE E SUCCINTE, LE RISULTASSERO POCO COMPRENSIBILI O AVESSE DUBBI IN PROPOSITO, SI RIVOLGA CON FIDUCIA AL PERSONALE DEL SERVIZIO DEPUTATO ALL'ESECUZIONE E DELL'INDAGINE RICHIESTA, CHE LE FORNIRÀ OGNI POSSIBILE ULTERIORE CHIARIMENTO E INFORMAZIONE.

L'UTENTE HA LA FACOLTÀ ED OPPORTUNITÀ DI CHIEDERE ULTERIORI DELUCIDAZIONI IN OGNI MOMENTO DELL'INDAGINE.

SCHEDA INFORMATIVA PER I PAZIENTI/VOLONTARI

Data _____
Cognome _____ Nome _____
Luogo e data di nascita _____
Motivo dell'indagine _____
Esame richiesto _____
Medico curante richiedente _____

Gentile Signore/a,

l'esame a cui Lei verrà sottoposto/a viene effettuato senza l'impiego di raggi X. Vengono utilizzati solamente un forte campo magnetico ed onde a radiofrequenza del tutto analoghe a quelle delle trasmissioni radiotelevisive. L'esame che Lei effettuerà non è doloroso né fastidioso. Lei dovrà solo mantenere per un certo tempo il migliore grado possibile di immobilità sul lettino, per consentire informazioni diagnostiche della migliore qualità.

Durante l'esame sentirà un rumore ritmico, che dipende dal normale funzionamento dell'apparecchiatura. Le condizioni di illuminazione e di ventilazione sono regolate per assicurare il massimo comfort. La preghiamo quindi di restare tranquillo/a durante tutta la durata dell'esame che può ampiamente variare secondo il tipo di indagine necessaria. Nella stessa sala diagnostica è comunque sempre presente il nostro personale, a Sua disposizione per qualsiasi necessità.

RISCHI E CONTROINDICAZIONI DELL'ESAME RM

Tutti gli studi svolti finora indicano che l'esame RM non produce effetti nocivi sul corpo umano.

Nei seguenti casi l'esame è pericoloso e NON può essere di norma eseguito:*

- Se si è portatori di pace-maker cardiaco;
- Se si è portatori di clips metalliche, punti di sutura metallici o dispositivi metallici introdotti per interventi d'urto alla testa, al midollo, alla spina dorsale, al cuore, alle arterie o alle vene, salvo il caso di materiali niente amagnetici;

***) E' compito del Medico Responsabile valutare la compatibilità del dispositivo impiantato.**

In altri casi l'esame può comportare dei rischi. E' necessario che il paziente avverta il medico se:

- E' in gravidanza nei primi 3 mesi di gestazione;
- E' affetto da claustrofobia, epilessia, anemia grave, malattia psichiatrica;
- Ha lavorato come tornitore, saldatore, carrozziere, addetto alla lavorazione di vernici metallizzate;
- Ha avuto incidenti di caccia o da esplosione;
- Ha subito interventi chirurgici alla testa, al cuore o ai grossi vasi;
- Ha subito interventi ortopedici con impianto di protesi metalliche, chiodi, viti, fili metallici;
- E' portatore di neurostimolatori, pompe di infusione per farmaci, protesi acustiche, protesi oculari, i dentarie mobili;
- E' portatrice di spirale o altro dispositivo intra-uterino;

EFFETTI COLLATERALI DELL'ESAME RM

L'esame non provoca dolore tuttavia si potrebbero presentare i seguenti effetti:

* Il riscaldamento di alcune parti del corpo, soprattutto nella zona intorno alla quale è posizionata la bobina a radiofrequenza e/o cavi di connessione della bobina alla macchina. Tale riscaldamento può essere diffuso lungo tutta la zona coperta da bobina e cavi, ma anche localizzato in particolari punti. Il fenomeno necessita di attenzione qualora si dovesse percepire un riscaldamento progressivo non più trascurabile in qualunque zona del corpo e il paziente deve subito avvertire l'operatore al fine di evitare eventuali conseguenze critiche in termini di surriscaldamento tissutale.

* La contrazione involontaria o la sensazione di pulsazione in alcuni muscoli a livello di cosce, fianco, schiena, braccia, petto, costole, dita, naso, tempia, sommità del capo. Tali effetti sono causati dal fatto che il campo magnetico variabile generato dalla macchina durante l'esame può stimolare i nervi periferici e quindi provocare contrazioni muscolari involontarie. Tale circostanza è da considerarsi anomala e si raccomanda al Paziente di avvertire subito l'operatore nel caso si abbia chiara percezione di questo effetto. L'operatore RM ha adeguata formazione per gestire adeguatamente le suddette circostanze garantendo la sicurezza del paziente. Nei casi necessari avvertirà il Medico Responsabile.

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 - coltelli tascabili ferma soldi -- monete chiavi ganci automatici - bottoni metallici spille vestiti con lampo pinzette metalliche - punti metallici (ad esempio applicati agli indumenti in tintoria) limette - forbici - ed altri eventuali oggetti metallici;_

-->Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal volto.

Evitare l'uso di indumenti costituiti da particolari tessuti che possono contenere microfibre metalliche (per es. tessuti tecnici, particolari indumenti sportivi, tessuti contenenti elementi decorativi brillanti).

In caso di dubbio consultare il personale presente.

Consenso del paziente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", in vigore dall'1/01/2004

Il paziente autorizza il trattamento dei dati personali forniti in sede di anamnesi al solo scopo di poter verificare da parte del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame la presenza di eventuali controindicazioni legate all'esame RM ed alla possibilità di poter somministrare o meno eventuali MdC e sedativi o eseguire particolari procedure di preparazione pre-esame.

Si autorizza altresì, a seguito dell'esame, la conservazione da parte della struttura sanitaria dei questionari utilizzati contenenti i propri dati sensibili, prevista ai sensi del D.M. 02/08/1991, i cui dati non potranno però essere utilizzabili per scopi diversi da quelli legati ad eventuali verifiche di merito a carattere medico-legale, effettuate anche a distanza di tempo, relative all'espletamento dell'esame stesso.

Firma del paziente o del titolare del consenso,

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI UN ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Data _____
Cognome _____ Nome _____
Luogo e data di nascita _____
Motivo dell'indagine _____
Esame richiesto _____

I

1. Hai mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore o carrozziere? SI NO.
2. Ha mai subito incidenti stradali o incidenti di caccia? SI NO.
3. E' stata vittima di traumi da esplosione? SI NO.
4. Ha subito interventi chirurgici su:
 Testa Collo Torace Addome Estremità Altro
5. E' a conoscenza di avere uno o più dei seguenti dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo SI NO.

Se sì, specificare _____

- Schegge o frammenti metallici? SI NO.
- Valvole cardiache? SI NO.

Se sì, specificare tipo e o anno di impianto _____

- Stents? SI NO.
- Defibrillatori impiantati? SI NO.
- Distrattori della colonna vertebrale? SI NO.
- Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? SI NO.
- Protesi metalliche, viti, chiodi, filo, etc. SI NO.

(per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc.)

Localizzazione _____

- Altre protesi? SI NO.

Localizzazione _____

- Corpi metallici nell'orecchio o impianti per l'udito? SI NO.
- Protesi del cristallino? SI NO.

Se sì, specificare anno di impianto _____

- Protesi dentarie fisse o mobili SI NO.
- Derivazione liquorale spinale o ventricolare? SI NO.
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o epidurali? SI NO.

Se sì, specificare tipo e/o anno di impianto _____

- Altri tipi di stimolatori? SI NO.
- Pacemaker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? SI NO.
- Clips vascolari chirurgiche? SI NO.

Se sì, specificare sede, tipo e/o anno di impianto _____

II DONNE

- E' in stato di gravidanza? SI NO.
- E' portatrice di IUD (dispositivo intra-uterino)? SI NO.
- E' in allattamento? SI NO.

III

- Ha eseguito precedenti RM con mezzo di contrasto, SI NO.

Se sì, ha presentato reazioni allo stesso _____

- E' affetto da insufficienza renale? SI NO.

- E' portatore di lenti intraoculari? SI NO.

- Soffre di claustrofobia? SI NO.

- E' portatore di piercing? SI NO.

Localizzazione _____

- E' portatore di tatuaggi? SI NO.

Localizzazione _____

Il Medico Responsabile, 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 Responsabile dell'esecuzione dell'esame

Consenso informato

Il paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione dei campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame.

Data _____

Firma del paziente

(a conferma della collaborazione prestata)

PRENOTAZIONE ESAMI:

COGNOME _____ **NOME** _____

PRENOTAZIONE per il giorno: _____, **alle ore:** _____

Per sottoporsi a Tac e/o Risonanza Magnetica Nucleare con Mezzo di Contrasto presso la nostra Casa di Cura, è necessario essere muniti dei seguenti esami ematochimici:

- AZOTEMIA
- CREATININA
- GLICEMIA
- EMOCROMO COMPLETO
- ELETTROFORESI PROTEICA
- GOT
- GPT
- BILIRUBINEMIA
- PROTEINURIA DI BENICE JONES (urine)

I suddetti esami ematochimici devono essere effettuati entro 30 gg. dalla data di appuntamento.

E' possibile effettuare i suddetti esami ematochimici presso il nostro Laboratorio Analisi non in regime di convenzione.

Il giorno dell'esame è necessario presentarsi a **DIGIUNO**.

Prima dell'esecuzione dell'esame occorre registrarsi presso l'Ufficio Accettazione presentando la richiesta medica, un documento di riconoscimento e la tessera sanitaria nazionale.

Ricordiamo inoltre che è utile portare con sé ogni eventuale documentazione sanitaria precedentemente effettuata.

La Direzione Sanitaria

Al Medico Curante

SCHEMA PER LA DESENSIBILIZZAZIONE ASPECIFICA NEI PAZIENTI ALLERGICI

I pazienti che devono essere sottoposti ad un esame con iniezione con mezzo di contrasto sanno di avere allergie generiche (ad esempio alimentari, a farmaci) dovranno eseguire una terapia desensibilizzante nei giorni precedenti all'indagine:

- 24 ore prima dell'esame
 - 1) Deltacortene 25 mg 2 compresse (*)
 - 2) Omeprazolo 40 mg 1 compressa;

- 12 ore prima dell'esame
Deltacortene 25 mg 2 compresse;

- 2 ore prima dell'esame
 - 1) Omeprazolo 40 mg 1 compressa
 - 2) Cetirizina 10 mg 1 compressa;

- 4 ore dopo l'esame o l'intervento
Cetirizina 10 mg 1 compressa.

N.B.: Nei pazienti diabetici omettere la somministrazione di Deltacortene 24 ore prima dell'esame .

In corso di domande può rivolgersi al suo Medico Curante oppure al Medico del Servizio di Radiologia.

La Direzione Sanitaria

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO
ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA
SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente in _____ Via _____

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore _____

(2) in qualità di tutore del paziente _____

informato/a dal Prof./Dott. _____

– sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Risonanza Magnetica.

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, 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.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto;

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto l'indagine proposta rifiuto l'indagine proposta

Medico radiologo _____ Eventuale interprete _____

Data _____ Firma del paziente _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI _____ NO

Data _____ Firma del paziente _____

**POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE
DELL'ESAME?**

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

La preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data _____ Firma _____

SINTESI INFORMATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO IN RM

- La somministrazione del mezzo di contrasto per via endovenosa è parte integrante dell'esame RM e, in alcuni tipi di indagine, è indispensabile per una corretta diagnosi.

Le caratteristiche di tali farmaci permettono tranquillità di impiego, "pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione iniettabile" (Circolare del Ministero della Sanità 900.VI/11.AG/642 del 17.9.97).

I pazienti con insufficienza renale lieve devono eseguire preliminarmente il dosaggio della CREATININA del sangue (ESUR 2012) e presentarlo al personale medico della sezione di RM per poterne valutare la funzionalità renale.

Infatti i pazienti affetti da insufficienza renale moderata e severa ai quali venga somministrato per via endovenosa un mezzo di contrasto a base di Gadolinio sono esposti maggiormente al rischio di sviluppare una rara patologia nota con il nome di Fibrosi Sistemica Nefrogenica (FSN).

La FSN è una patologia rara caratterizzata da ispessimento della cute e dei tessuti connettivi, debilitante e potenzialmente fatale,

In base alle recenti evidenze in letteratura, l'uso del mezzo di contrasto a base di Gadolinio, in pazienti considerati ad alto rischio, nei dializzati e/o sottoposti a trapianto renale, è strettamente legato ad una scelta consapevole e condivisa tra il clinico richiedente e medico radiologo, nel rispetto del minor costo biologico e migliore risposta diagnostica.

- La somministrazione del mezzo di contrasto può talora comportare alcuni lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito) che un'incidenza non prevedibile e quantificabile ma comunque molto bassa, può indurre anche reazioni allergiche gravi fino allo shock anafilattico. E' necessario quindi comunicare al Medico Responsabile dell'esame ogni eventuale tipo di allergia prima dell'esame stesso.

- Il personale sanitario dell'Unità Operativa è sempre presente all'interno della struttura per garantire un pronto intervento in caso di emergenza.

- L'impiego del Gadolinio nelle donne in gravidanza richiede la valutazione del rapporto rischio/beneficio. (Xagena 2013) Fonte: UCSF (University of California San Francisco), quindi l'eventuale stato di gravidanza deve essere preventivamente comunicato al Medico Responsabile dell'esame RM.

A tal proposito si informa che i mezzi di contrasto Gd-chelati, a basso dosaggio, non creano problemi.

E' opportuno comunicare anche l'eventuale fase di allattamento del proprio figlio per concordarne le eventuali modalità e tempi di interruzione in relazione all'effettuazione dell'esame RM.

- Ogni eventuale chiarimento in merito all'esecuzione dell'esame RM con mezzo di contrasto può essere richiesto al personale dell'Unità Operativa.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.