

INDAGINI DIAGNOSTICHE CON MEZZO DI CONTRASTO e RISONANZA MAGNETICA

Modulo richiesta – Indicazioni per la preparazione - Consenso

Questo foglio raccoglie le informazioni in merito allo stato di salute del paziente e necessarie al corretto espletamento dell'esame richiesto. Vi preghiamo di leggerlo e di compilarlo con attenzione, ciascuno per le parti di propria competenza. Il paziente avrà cura di consegnarlo al Personale Sanitario il giorno dell'esame.

A cura del Medico prescrittore

DATI DEL PAZIENTE

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

Provenienza INT. U.O. _____

EST. _____

Altra ULSS _____

TIPO DI ESAME RICHiesto

TAC con mdc iodato

Angiografia con mdc iodato

Urografia con mdc iodato

RM con mdc paramagnetico o superparamagnetico

ECOGRAFIA con mdc (CEUS)

Altro _____

NOTIZIE CLINICHE E QUESITO DIAGNOSTICO _____

CREATININEMIA (non più di 30 giorni prima dell'esame) _____ PESO (Kg) _____

Se in base ai dati clinici recenti non risultano significative patologie renali la creatininemia può ritenersi non necessaria.

Il/La Paziente presenta (IN CASO DI RISPOSTA POSITIVA CONTATTARE PREVENTIVAMENTE IL MEDICO RADIOLOGO):

- **Precedenti reazioni moderate/severe ai mdc** NO SI

(se possibile specificare tipo di mdc, tipo ed entità delle reazioni) _____

- **Allergie in trattamento**

NO SI

- **Asma**

NO SI

- **Insufficienza renale**

NO SI

- **Diabete**

NO SI

- **Scompenso cardiaco**

NO SI

- **Ipertiroidismo**

NO SI

- **Trattamento in atto con farmaci** NO SI (solo se uno di quelli sotto indicati)

b-bloccanti // biguanidi (Metformina) // interleukina 2 // FANS // Aminoglicosidi (sottolineare)

(in caso di risposta positiva se possibile sospendere la terapia per un tempo superiore alla emivita del farmaco o in caso contrario procedere alla preidratazione – v. di seguito)

Data _____

Firma del Medico prescrittore (con timbro) _____

PREPARAZIONE ALL'ESAME

Digiuno: non mangiare 4 ore prima.

IN CASO DI INSUFFICIENZA RENALE LIEVE/MODERATA o in caso di **MIELOMA MULTIPLO** è necessario effettuare una **pre-idratazione** secondo il seguente schema (a cura del Medico proponente):

- **pazienti ricoverati:** il giorno prima dell'esame contrastografico, idratazione con 1 ml/Kg/ora di soluzione fisiologica + assunzione orale di 1200mg di N-Acetilcisteina (es. Fluimucil bustine) due volte al giorno; il giorno dell'esame, ripetere lo stesso schema di cui sopra.

- **pazienti ambulatoriali:** dal giorno precedente, idratazione per via orale fino a 1 ora prima dell'esame (almeno 1,5 litri) + 2 bustine di N-Acetilcisteina (acquistabile in farmacia senza ricetta medica) due volte al giorno (1200mgx2), seguita da somministrazione e.v. di 2 ml/kg di soluzione fisiologica nelle 6 ore successive all'esame (attenzione alle cardiopatie).

IN CASO DI PREGRESSA ALLERGIA DA FARMACI, AL MDC, ALLA PUNTURA D'APE è necessario effettuare un **pre-trattamento** secondo il seguente schema:

- **nelle 24 ore precedenti l'esame:** Prednisolone, 1 cp da 25 mg per via orale (es. Deltacortene F) o 20 mg e.v. (es. Solumedrol) ogni 6 ore (tot. 4 somministrazioni) + 1 cp di gastroprotettore per via orale (es. Omeprazolo).

- **1 ora prima dell'esame in Radiologia:** Clorfenamina 10 mg (es. Trimeton), + 1 cp di gastroprotettore per via orale (es. Omeprazolo), forniti dall'ospedale.

IN CASO DI INDAGINE RM CON O SENZA CONTRASTO:

togliere fermagli per capelli, occhiali, gioielli, orologio, carte di credito, monete, chiavi, vestiti con ganci e bottoni metallici, spille, apparecchi per l'udito, lenti a contatto, protesi dentarie mobili, eventuale trucco dal viso.

Il Personale è a disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

QUESTIONARIO PER INDAGINI RM

A cura del Medico prescrittore

Il/La Paziente è portatore/portatrice di:

- | | | |
|--|-----------------------------|---|
| Clips vascolari | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Pace-maker o altri tipi di stimolatori | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI specificare _____ |
| Pompe di infusione farmaci | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Impianti cocleari | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Elettrodi intra-cerebrali o sub-durali | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Derivazioni spinali o ventricolari | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |

A cura del Paziente

- | | | |
|--|-----------------------------|---|
| Soffre di claustrofobia? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| È mai stato colpito da schegge metalliche? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| È in stato di gravidanza? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Ha subito interventi chirurgici? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI specificare _____ |
| È portatore/portatrice di: | | |
| IUD (spirale) | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Placche / protesi / viti / chiodi / fili metallici | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI specificare _____ |
| Protesi del cristallino | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Protesi dentarie | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| Tatuaggi | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |

Data _____

Firma del Paziente (o di chi ne ha la tutela)

Firma del Medico prescrittore

Accertato quanto dichiarato nel questionario, il Paziente può essere sottoposto all'indagine richiesta.

Firma del Medico Radiologo

(a cura del Medico Radiologo)

CONSENSO

Il/La sottoscritto/a **dichiara** di essere stato/a adeguatamente informato/a:

- sulla necessità di sottoporsi ad indagine RM senza mezzo di contrasto, indispensabile ed insostituibile per l'accertamento della propria condizione;
- sulla necessità di sottoporsi ad indagini diagnostiche con mezzo di contrasto, indispensabile ed insostituibile per l'accertamento della propria condizione;
- sulla possibilità che l'uso del mezzo di contrasto possa causare eventi avversi non prevedibili;
- sulle finalità, modalità di espletamento e rischi inerenti l'esame diagnostico o terapeutico a cui deve essere sottoposto.

Accetta pertanto di sottoporsi all'esame proposto.

La paziente (se è in età fertile) **dichiara** di non essere in stato di gravidanza.

Consenso acquisito in data _____ **luogo** _____

Firma del Paziente (o di chi ne ha la tutela)

Firma del Medico Radiologo