

**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**

**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 |                   |
| 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 _____ |

A cura del Medico prescrittore

**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 Medico prescrittore \_\_\_\_\_

**Accertato quanto dal medico prescrittore, il Paziente può essere sottoposto all'indagine richiesta.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Medico Radiologo responsabile della prestazione

Firma del Paziente (o di chi ne ha la tutela) **a conferma della collaborazione prestata**

(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 sulla base delle informazioni fornite dal medico nella fase anamnestica che ritiene siano sufficienti e che lo hanno reso consapevole dei rischi e delle controindicazioni legate alle indagini diagnostiche con mezzo di contrasto e/o RM.

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

**Consenso acquisito in data** \_\_\_\_\_ **luogo** \_\_\_\_\_