OSPEDALE GIOVANNI XXIII
Casa di Cura Privata Accreditata S.S.N.
Presidio Ospedaliero dell'Azienda ULSS 2 MARCA TREVIGIANA
31050 MONASTIER di TREVISO (TV) - Via Giovanni XXIII, 7
WWW.GIOVANNI23.IT cup@giovanni23.it - 0422.8961

SERVIZIO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
RESPONSABILE Dr. Mauro Gallo
Tel. 0422 896710

INFORMATIVA PER RISONANZA MAGNETICA CON CONTRASTO

CHE COS'È
la Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive e, in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza. **Tuttavia è prudente non effettuare l'esame di Risonanza Magnetica nelle donne durante il primo trimestre di gravidanza.**

A COSA SERVE: viene utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico dell'encefalo e della colonna vertebrale, dell'addome, delle pelvi, dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico.

COME SI EFFETTUA: il paziente viene sdraiato su un lettino e, in relazione al tipo di organo da studiare, vengono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa. **Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.** Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

COSA PUÒ SUCCEDERE - EVENTUALI COMPLICANZE: raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame.

PER EFFETTUARE L'ESAME DI RM OCCORRE TOGLIERE: eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, cinta erniaria, 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, limette, forbici, altri eventuali oggetti metallici ed extension (capelli, ciglia).
Prima di sottoporsi all'esame asportare cosmetici dal viso e piercing rimovibili.
Obbligatorio per l'esecuzione dell'esame è l'esame della creatinina e del eGFR, (esami ematochimici che possono anche essere eseguiti entro i 90 giorni dalla data di prenotazione), se il valore del eGFR dovesse superare il valore <35, il paziente dovrà contattare quanto prima il reparto di Radiologia.
Digiuno da 4 ore precedenti l'esame, non bere acqua da almeno un ora, presentazione allo sportello almeno 15 minuti prima dell'esame per la registrazione.

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE RISCHIO AL MEZZO DI CONTRASTO

1 Ha mai presentato reazione avversa alla somministrazione del mezzo di contrasto che abbia comportato l'interruzione dell'esame e/o la somministrazione di farmaci? ☐SI ☐NO
Molecola responsabile della reazione avversa?..... NON SO
Se ha risposto SI telefoni preventivamente in radiologia.
Il medico radiologo valuterà la possibilità di una metodica diagnostica alternativa.
In caso di esame non sostituibile, l'eventuale conoscenza della molecola responsabile della reazione avversa consentirà l'utilizzo di una molecola differente.
In ogni caso il paziente dovrà effettuare una premedicazione.
Se la molecola responsabile non è nota, sarà necessario effettuare una visita allergologica (con impegnativa del curante) avente come esito l'indicazione della molecola meno reattiva all'esame.

2 È affetto da una delle seguenti patologie?
Mastocitosi sistemica o cutanea (prurito, ponfi, arrossamenti cutanei)? ☐SI ☐NO
Anafilassi idiopatica (orticaria, difficoltà respiratoria, asma severo o altri sintomi legati all'anafilassi di cui non è riconoscibile la causa scatenante)? ☐SI ☐NO
Se ha risposto si anche ad uno solo dei quesiti del punto 2, prima dell'esame dovrà effettuare una premedicazione.
Altre allergie (molluschi crostacei, pesci o altri alimenti, altre categorie di farmaci, ipersensibilità a betadine o iodoformio) non sono da considerare un fattore di rischio per la somministrazione del mezzo di contrasto.

3 È affetto da asma bronchiale, orticaria ricorrente angioedema non controllati dalla terapia?
Nello specifico nelle ultime 4 settimane:
Ha avuto episodi asmatici più di 2 volte alla settimana? ☐SI ☐NO
Ogni notte si sveglia per l'asma? ☐SI ☐NO
Ha mai usato il salbutamolo (ventolin/broncovales) più di 2 volte la settimana? ☐SI ☐NO
Ha avuto limitazioni delle attività quotidiane a causa dell'asma? ☐SI ☐NO
Ha avuto episodi di orticaria o angioedema non controllabili nonostante il trattamento con antistaminici? ☐SI ☐NO

OSPEDALE GIOVANNI XXIII
Casa di Cura Privata Accreditata S.S.N.
Presidio Ospedaliero dell'Azienda ULSS 2 MARCA TREVIGIANA
31050 MONASTIER di TREVISO (TV) - Via Giovanni XXIII, 7
WWW.GIOVANNI23.IT cup@giovanni23.it - 0422.8961

SERVIZIO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
RESPONSABILE Dr. Mauro Gallo
Tel. 0422 896710

INFORMATIVA PER RISONANZA MAGNETICA CON CONTRASTO

Se ha risposto sì anche ad uno solo dei quesiti del punto 3 è necessario rivolgersi al proprio medico curante per un aggiustamento della terapia, contattare la radiologia per sospendere l'esame e, a paziente stabilizzato, telefonare in radiologia per la programmazione dell'esame sospeso.
Prima dell'esame sarà necessaria una premedicazione.
In tutti i casi in cui vi sia urgenza a fare l'esame verrà effettuata una premedicazione rapida gestita in radiologia.

In caso di risposta positiva al punto 1:
Il paziente dovrà rivolgersi al medico curante per effettuare una premedicazione con:
• prednisone 50 mg (o metilprednisolone 32 mg) 12 ore prima e due ore prima dell'esecuzione dell'esame + antistaminico un'ora prima dell'esame

oppure

• premedicazione per via intramuscolare con metilprednisolone 40 mg, 12 e 2 ore prima dell'esame + clorfenamina 10 mg, un'ora prima dell'esame cui aggiungere montelukast 10 mg.

In caso di risposta positiva al punto 2:
• premedicazione per via orale con prednisolone 50 mg o (metilprednisolone 32 mg) 13,7 e un'ora prima dell'esecuzione esame + antistaminico un'ora prima dell'esame

oppure

• premedicazione per via intramuscolare con metilprednisolone 40 mg 13 7 e un'ora prima dell'esame + clorfenamina 10 mg un'ora prima dell'esame.

In caso di risposta positiva al punto 3:
premedicazione rapida per via endovenosa con bolo di idrocortisone 200 mg + clorfenamina 10 mg subito prima dell'esame, monitorare i parametri vitali durante la procedura e allertare l'anestesista/rianimatore.

CONSENSO INFORMATO PER L'USO DI SOLUZIONI/GEL PREPARATI FARMACEUTICI

A seconda dell'esame richiesto di Risonanza Magnetica è possibile sia necessaria ai fini diagnostici la somministrazione di prodotti farmaceutici per via endovenosa ipotonizzanti (es. buscopan) diuretici (lasix), o ansiolitici per impedire gli attacchi di panico o stati di ansia gravi che inficerebbero l'esame.
Ogni eventuale chiarimento può essere chiesto al medico radiologo.
Il paziente si ritiene suff. informato sui rischi legati alla somministrazione di farmaci per via orale o ev.

Data ..... ☐ ACCONSENTE ☐ NON ACCONSENTE Firma .....

CONSENSO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI SEDATIVI PER ANESTESIA

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione di sedativi per l'anestesia. Pertanto messo a conoscenza dal medico responsabile dell'esame diagnostico della valutazione dei rischi correlati/beneficio diagnostico:

Data ..... ☐ ACCONSENTE ☐ NON ACCONSENTE Firma .....

DA COMPILARE IN CASO DI PAZIENTE RICOVERATO

Notizie cliniche e quesito diagnostico .....
Unità Operativa ..... preso atto di quanto sopra dichiarato per l'esecuzione dell'indagine di ..... e delle informazioni in mio possesso:

Data ..... ☐ ACCONSENTE ☐ NON ACCONSENTE Firma .....