

**INFORMATIVA E CONSENSO**  
**RISONANZA MAGNETICA CARDIACA CON MDC e STRESS FARMACOLOGICO**

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..... D.N. ....

Interno U.O. ....  Esterno.....  Altra ULSS .....

**NOTIZIE CLINICHE E QUESITO DIAGNOSTICO**

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

Il/La Paziente presenta (in caso di risposta positiva contattare preventivamente il medico radiologo):

Precedenti reazioni moderate/severe ai MdC  NO  SÌ (se possibile specificare tipo di mdc, tipo ed entità delle reazioni) .....

**ALLERGIE IN TRATTAMENTO**  NO  SÌ **ASMA**  NO  SÌ **INSUFFICIENZA RENALE**  NO  SÌ

**SCOMPENSO CARDIACO**  NO  SÌ **DIABETE**  NO  SÌ **IPERTIROIDISMO**  NO  SÌ

**TRATTAMENTO IN ATTO CON FARMACI**  NO  SÌ (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).....

**QUESTIONARIO PER INDAGINI RM**

**Il/la Paziente è portatore/ portatrice di:**

|   |   |
|---|---|
| Clips vascolari <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ                               | Pace maker o altri tipi di stimolatori <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ<br>specificare.....                        |
| Pompe di infusione farmaci <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ                    | Impianti cocleari <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ   |
| Elettrodi intracerebrali o subdurali <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ          | Derivazioni spinali o ventricolari <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ  |
| Soffre di claustrofobia? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ                      | È mai stato colpito da schegge metalliche? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ  |
| È in stato di gravidanza? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ                     | Ha subito interventi chirurgici? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ  |
| <b>È portatore di IUD (spirale)</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ           | Placche/ protesi/ viti/ chiodi/ fili metallici <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ                                    |
| Protesi del cristallino <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ                       | Protesi dentarie <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ Tatuaggi <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ |
| <b>È affetto da stenosi valvolare aortica</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ | Blocchi A-V avanzati (BAV>1) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ  |
| Tachiaritmie <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ                                  | Cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ   |
| Feocromocitoma <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ                                | BPCO moderata-severa <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ  |
| ASO TSA (>50%) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ                                | Miastenia gravis <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ  |

Data ..... Firma del Medico prescrittore (con timbro).....

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

Firma del Medico Radiologo responsabile della prestazione.....

**INFORMATIVA E CONSENSO**  
**RISONANZA MAGNETICA CARDIACA CON MDC e STRESS FARMACOLOGICO**

**INDICAZIONI PER IL PAZIENTE PRIMA DI EFFETTUARE UN'INDAGINE RM:**

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.**

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 (1200 mgx2), 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.

**Digiuno:** non mangiare 4-6 ore prima.

Nelle 24 ore prima dell'esame, **NON** assumere caffè, the, coca cola, cioccolato, pompelmo, banane e **ASTENERSI** dal fumare.

Previo consulto medico, nelle 24 ore prima dell'esame **sospendere** farmaci anti-anginosi (cerotto di nitroderivato, mono-isosorbide dinitrato), farmaci cronotropi negativi (beta-bloccanti, Ca-antagonisti ad azione centrale, ivabradina) e l'aminofillina.

**CONSENSO**

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

- sulla necessità di sottoporsi ad indagine RM 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;
- sulla necessità di sottoporsi allo stimolo farmacologico con Dipiridamolo, sul suo meccanismo d'azione, effetti collaterali e controindicazioni
- sulle finalità, modalità di espletamento e rischi inerenti l'esame diagnostico 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  essere in stato di gravidanza.

Consenso acquisito in data..... luogo.....  
Firma del paziente (o di chi ne ha la tutela).....

## INFORMATIVA E CONSENSO

### RISONANZA MAGNETICA CARDIACA CON MDC e STRESS FARMACOLOGICO

---

Questo foglio raccoglie le informazioni in merito alla modalità di esecuzione tecnica dell'esame richiesto. Vi preghiamo di leggerlo con attenzione.

**Che esame è:** la procedura proposta è una Risonanza magnetica (RM), una tecnica diagnostica usata in medicina che fornisce immagini dettagliate del corpo umano utilizzando campi magnetici ed onde elettromagnetiche a radiofrequenza; pertanto non comporta l'impiego né di raggi X né di sostanze radioattive.

**Come si fa:** il paziente è disteso su un lettino all'interno di un tunnel metallico (gantry) contenente un grande magnete; durante l'esame il paziente sentirà un rumore ritmico intenso provocato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura; il paziente sarà dotato di cuffie per attenuare il rumore e per ricevere le indicazioni da parte del tecnico radiologo. Al fine di garantire la buona riuscita dell'esame si richiede al paziente di rimanere immobile e tranquillo il più possibile e di seguire attentamente le indicazioni del tecnico. La durata dell'indagine è di circa 40 minuti. Durante questo intervallo di tempo il paziente non avvertirà alcun dolore. Si ricorda inoltre che al paziente verrà fornito un campanello d'allarme attraverso il quale, solo in caso di estrema emergenza, chiamare il personale della sala comandi.

**Scopo dell'esame:** acquisire informazioni diagnostiche utili a definire la patologia cardiovascolare, in particolare la presenza o meno di ischemia miocardica inducibile.

**Possibili effetti collaterali:** dipendenti da condizioni accessorie di esecuzione dell'esame. In particolare:

- 1. Utilizzo del Mezzo di Contrasto (MDC):** somministrazione per via endovenosa di Gadolinio. Questa sostanza contrastografica può provocare reazioni di tipo allergico in casi molto rari (2,4%); le reazioni sono transitorie e costituite da nausea, mal di testa, vertigini, reazioni orticarioidi locali. Non ci sono controindicazioni al suo uso in pazienti allergici al MDC iodato.
- 2. Stimolo farmacologico (Dipiridamolo):** farmaco iniettato per via endovenosa al fine di indurre vasodilatazione in modo indiretto attraverso un meccanismo adenosina-mediato. Effetti indesiderati sono: ipotensione, cefalea, nausea, vomito, rash cutanei, vertigini, angioedema, broncospasmo. Rappresentano controindicazioni al suo impiego: angina instabile, infarto miocardico recente, scompenso cardiaco, BAV > I grado, stenosi aortica, stenosi carotidea severa, BPCO moderato-severa, miastenia gravis.

Contemporaneamente all'infusione del farmaco saranno monitorati in continuo sia l'ECG che la pressione arteriosa. Saranno motivo di sospensione anticipata dello studio sia la sua volontà di interrompere il test per qualunque ragione o l'insorgenza di possibili conseguenze della somministrazione farmacologica come dolore toracico, ischemia miocardica, infarto, ipotensione o ipertensione arteriosa, aritmie cardiache minori (fibrillazione atriale, extrasistoli o tachicardie sopraventricolari), aritmie maggiori (tachicardia o fibrillazione ventricolare), nausea, tremori, parestesie.

Le probabilità di successo della procedura sono legate alla possibilità di portare a termine l'esame.