

SCHEDA INFORMATIVA E DI CONSENSO ALL'ESECUZIONE DELLA RISONANZA MAGNETICA (RM) CON INIEZIONE ENDOVENOSA DI MEZZO DI CONTRASTO PARAMAGNETICO

Il Medico che la segue ha ritenuto opportuno proporle di sottoporsi a una Risonanza Magnetica (RM). La si informa che questo esame utilizza campi magnetici e le radiofrequenze (analoghe a quelle della radio) per vedere all'interno del suo corpo. Il suo Medico ritiene che questo esame fornirà informazioni utili a capire meglio il suo problema clinico e quindi trattarlo con la terapia più opportuna.

Durante l'esame RM è prevista l'iniezione in vena di un cosiddetto mezzo di contrasto paramagnetico, ossia di un liquido che ci permetterà una migliore visualizzazione dei suoi organi. Esso viene iniettato in una vena del braccio prima di acquisire le immagini RM.

I mezzi di contrasto attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, già somministrati a milioni di pazienti, ma occasionalmente possono dare delle reazioni. I medici ed il personale di radiologia sono addestrati per curare nel modo migliore queste reazioni nel caso esse si verificassero.

1. Reazioni minori, come vampate di calore, starnuti, nausea, vomito, orticaria circoscritta, sintomi che in genere non richiedono alcuna terapia, e si risolvono rapidamente.
2. Reazioni medie o severe: queste reazioni richiedono di solito una terapia medica e comprendono ad esempio orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari, convulsioni o perdita di conoscenza. La probabilità che si verifichi una reazione di questo tipo è di circa 1 su 6.000 pazienti. Assai raramente come avviene con molti altri farmaci i mezzi di contrasto paramagnetici possono causare decesso. La probabilità che ciò avvenga è più teorica che reale essendo stata riportata in 1 solo caso su 5.000.000 di esami con mezzo di contrasto.
3. Fattori di rischio per reazioni anafilattoidi al mezzo di contrasto che vanno preventivamente segnalati sono precedenti reazioni al mezzo di contrasto: asma bronchiale, allergie importanti ed accertate. In questi casi è necessaria la profilassi farmacologica prima dell'esame.

E' necessario presentarsi all'esame a digiuno da 4/5 ore.

PROFILASSI FARMACOLOGICA

Deltacortene 50 mg 24 ore e 12 ore prima dell'esame.

~~Ranitidina 150 mg 24 ore e 2 ore prima dell'esame.~~

Cetirizina 10 mg una compressa 2 ore prima dell'esame e 4 ore dopo l'esame.

La consultazione preventiva dell'Anestesista-Rianimatore e la prescrizione della profilassi farmacologica è riservata ai seguenti casi:

1. Precedente reazione grave al mezzo di contrasto.
2. Asma frequente.

Prima dell'esame avverrà comunque un colloquio di inquadramento clinico-anamnestico ed esplicativo per ulteriori chiarimenti con lo specialista Radiologo che eseguirà l'indagine.

CONSENSO INFORMATO del paziente all'esecuzione dell'indagine RM

DA COMPILARE NEL CASO DI UTENTE MAGGIORENNE IN GRADO DI INTENDERE E DI VOLERE:

Il/la sottoscritto/a _____

DA COMPILARE NEL CASO DI UTENTE MINORENNE O AFFIDATO A TUTORE LEGALE:

I... sottoscritt... _____ e _____

In qualità di GENITOR... TUTORE LEGALE di _____

Ritiene/ritengono di essere stato/i sufficientemente informato/i sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole/i dell'importanza delle risposte fornite, ACCONSENTE/ACCONSENTONO l'esecuzione dell'esame.

Data _____ Firma/e _____

Firma del medico _____

Cimetidina
200 mg

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA (MALATTIE PRECEDENTI)

	SI	NO
SOFFRE O HA SOFFERTO DI ALLERGIE (AD ES. FEBBRE DA FIENO, ORTICARIA) O ASMA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA AVUTO REAZIONI PRECEDENTI A MEZZI DI CONTRASTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA FUNZIONALITA' RENALE MOLTO ALTERATA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOFFRE DI UNA GRAVE MALATTIA CARDIOCIRCOLATORIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FA USO DI MEDICINALI? SE SI'. QUALI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALLATTA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOFFRE DI BASSI LIVELLI DI POTASSIO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LEI, O QUALCUNO DELLA SUA FAMIGLIA, HA MAI SOFFERTO DI PROBLEMI LEGATI AL RITMO ELETTRICO DEL CUORE (SINDROME DEL QT LUNGO)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA REGISTRATO CAMBIAMENTI DEL RITMO O DELLA FREQUENZA DEL BATTITO CARDIACO DOPO L'ASSUNZIONE DI MEDICINALI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOFFRE DI STATI CON ATTACCHI CONVULSIVI O DI ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del medico

Data

SI SCONSIGLIA L'USO DEL GADOVIST (MEZZO DI CONTRASTO) AI PAZIENTI INFERIORI AI 18 ANNI