PEDERZOLI

**Preparazione valida per l'Ospedale Pederzoli di Peschiera del Garda**

# NORME DI PREPARAZIONE

## RISONANZA MAGNETICA ADDOME INFERIORE/COMPLETO CON MDC

Il giorno fissato dell'esame presentarsi con:

- Gli esiti del seguente esame del sangue: **Creatininemia** non anteriore ai 60 giorni
- Digiuno non inferiore alle 8 (otto) ore.
- E' necessario provvedere alla pulizia del colon mediante clistere (da acquistare in farmacia) da effettuarsi 2/3 ore prima dell'esame.
- **Documentazione clinica** (visite specialistiche, descrizione di interventi chirurgici, lettere di dimissioni ospedaliera, …) e **Radiologica** (radiografie, ecografie, tomografie computerizzate o Risonanza Magnetica) relative alla problematica in esame.
- **Tessera sanitaria.**
- **Richiesta dal Medico** (rossa, dematerializzata o su carta intestata con quesito diagnostico).
- **Consenso RMN** (modulo in allegato) compilato e firmato dal Medico Curante.

- Se l'esame è finalizzato all'esecuzione di **ENTERO RMN** o per lo **STUDIO DELL'ENDOMETRIOSI** si richiede in aggiunta:
  - **Presentarsi 1 ora prima rispetto all'orario dell'appuntamento.**
  - **Dieta priva di scorie 3 (tre) giorni prima dell'esame.**
    Alimenti permessi: carne ai ferri, pesce bollito, uova sode, brodo, thè, crackers non salati, latte scremato.
    Alimenti vietati: pane, pasta, frutta e verdura, insaccati, formaggio e latticini, latte intero, vino e alcolici, caffè, bevande gassate.
  - **Dieta semiliquida il giorno precedente all'esame.**
    Alimenti permessi: brodo, semolino, thè, camomilla, acqua. Eseguire un clistere la sera prima dell'esame.

## ATTENZIONE

I portatori di Pace-maker, non possono accedere alle sale di Risonanza Magnetica

PEDERZOLI

# TRATTAMENTO FARMACOLOGICO PER ALLERGIA AL MEZZO DI CONTRASTO

In relazione alla sua anamnesi positiva per reazione avversa al MDC, le suggeriamo di sottoporsi al seguente schema di premedicazione da condividere con il suo Medico Curante:

1. **Prednisone 50 mg/os (Deltacortene forte 25 mg 2 cp)**
   13 ore prima, 7 ore prima e 1 ora prima dell'esecuzione dell'esame;

2. **Omeprazolo 20 mg (Omeprazolo 20 mg 1 cp)**
   Da assumere 10 minuti prima della terapia cortisonica (13 ore prima, 7 ore prima ed 1 ora prima dell'esame);

3. **Antistaminico [es. cetirizina (Zirtec 1 cp) oppure Desclorfeniramina (Polaramin 1 cp)]** 1 ora prima dell'esecuzione dell'esame.

**NOTA:**

**Si prega cortesemente di segnalare appena possibile eventuali impedimenti che rendessero impossibile l'esecuzione dell'esame telefonando al numero 045/6449230.**

Ricoverato presso ☐ U.O. _____ ☐ Ambulatoriale

Dati paziente
Cognome e Nome

Data di nascita

Esame richiesto _____

Quesito diagnostico _____

CHE COS'E' LA RISONANZA MAGNETICA

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive.

La diagnostica mediante RM utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive.

La Risonanza Magnetica di base si configura come un esame diagnostico non invasivo 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 RM in pazienti di sesso femminile 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, pelvi, dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico (articolazioni, osso, tessuti molli).

COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene straiato su un lettino e in relazione al tipo di organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare, queste non provocano dolore o fastidio essendo appoggiate all'esterno del corpo, ad eccezione delle bobine endorettali.

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.

COSA PUO' 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.

PREPRARAZIONE NECESSARIA –RACCOMANDAZIONI

I pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono collaborare con il Medico (Responsabile della Prestazione Diagnostica) al fine di una corretta compilazione di un apposito "questionario anamnestico" (di seguito riportato) utile ad di escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

*Si raccomanda quanto segue:*

- depositare nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, etc), - togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito,
- togliere lenti a contatto o occhiali,
- spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio, - utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio.
- evitare di truccare il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini.

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).

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

*Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame che, per le sue valutazioni, si avvale anche delle risposte fornite dal paziente o dal tutore legale (ad esempio in caso di minore)*

- ➲ Ha eseguito in precedenza esami RM ? ☐ NO ❒ SI ➲ Soffre di claustrofobia ? ☐ NO ❒ SI
- ➲ Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere ? ☐ NO ❒ SI ➲ Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia ? ☐ NO ❒ SI
- ➲ E' stato vittima di traumi da esplosioni ? ☐ NO ❒ SI
- ➲ *E' in stato di gravidanza certa o presunta?* ☐ NO ❒ SI

- ➲ Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? ☐ NO ❒ SI
- ➲ Ha subito interventi chirurgici su: ☐ NO ❒ SI: tipo di intervento
  Testa …….. Addome …… Collo…….. Estremità ……
  Torace……..Occhi…….. Altro……..
- ➲ E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? ☐ NO ❒ SI E' portatore di:
- ➲ Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? ☐ NO ❒ SI
- ➲ Schegge o frammenti metallici? ☐ NO ❒ SI
- ➲ Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? ☐ NO ❒ SI
- ➲ Valvole cardiache? ☐ NO ❒ SI
- ➲ Stents ? ☐ NO ❒ SI
- ➲ Defibrillatori impiantati? ☐ NO ❒ SI
- ➲ Distrattori della colonna vertebrale? ☐ NO ❒ SI ➲ Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? ☐ NO ❒ SI ➲ Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? ☐ NO ❒ SI ➲ Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? ☐ NO ❒ SI
- ➲ Altri tipi di stimolatori? ☐ NO ❒ SI ➲ Dispositivo intrauterino (IUD)? ☐ NO ❒ SI ➲ Derivazione spinale o ventricolare? ☐ NO ❒ SI ➲ Protesi dentarie fisse o mobili? ☐ NO ❒ SI
- ➲ Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc…? ☐ NO ❒ SI
- ➲ Altre protesi? ☐ NO ❒ SI: Localizzazione ……
- ➲ Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? ☐ NO ❒ SI
- ➲ E' portatore di protesi del cristallino? ☐ NO ❒ SI
- ➲ E' portatore di piercing? ☐ NO ❒ SI: Localizzazione ……
- ➲ Presenta tatuaggi? ☐ NO ❒ SI: Localizzazione…… ➲ Sta utilizzando cerotti medicali? ☐ NO ❒ SI

*Per effettuare l'esame 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. *Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.*

ATTENZIONE In caso di richiesta di R.M. con utilizzo di contrasto magnetico è necessario compilare ANCHE i l consenso specifico ed essere in possesso di un valore della Creatininemia del paziente non antecedente a 60 giorni.

*IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM*

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Data __/ __/ _____ Timbro e Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM _____

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto. ..... in qualità di:

- ❒ Diretto interessato all'atto medico
- ❒ Tutore di . . . . . .
- ❒ Esercente la potestà sul minore . . . . . .

Ritengo di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite,

❒ Acconsento ❒ Non Acconsento

l'esecuzione dell'esame di Risonanza Magnetica

Data __/ __/ _____ Firma _____

Esame richiesto RM _____ **CON MEZZO DI CONTRASTO**

Creatininemia (valore_____) Data esame / / (esame valido se eseguito da non più di 60 giorni)

Firma del Medico Responsabile della Richiesta

SINTESI INFORMATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO IN RM

La somministrazione del mezzo di contrasto per via endovenosa è parte integrante dell'esame RM e, in alcuni tipi di indagine, è indispensabile per una corretta diagnosi.

*Le caratteristiche di tali farmaci permettono tranquillità di impiego, "pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione iniettabile" (Circolare del Ministero della Sanità 900.VI/11.AG./642 del 17.9.97).*

I pazienti con insufficienza renale lieve devono eseguire preliminarmente il dosaggio della CREATININA del sangue ( ESUR 2012) e presentarlo al personale medico della sezione di RM per poterne valutare la funzionalità renale.

Infatti i pazienti affetti da insufficienza renale moderata e severa ai quali venga somministrato per via endovensa un mezzo di contrasto a base di Gadolinio sono esposti maggiormente al rischio di sviluppare una rara patologia nota con il nome di Fibrosi Sistemica Nefrogenica (FSN).

La FSN è una patologia rara caratterizzata da ispessimento della cute e dei tessuti connettivi, debilitante e potenzialmente fatale.

In base alle recenti evidenze in letteratura, l'uso del mezzo di contrasto a base di Gadolinio, in pazienti considerati ad al to rischio, nei dializzati e/o sottoposti a trapianto renale, è strettamente legato ad una scelta consapevole e condivisa tra il clinico richiedente e medico radiologo, nel rispetto del minor costo biologico e migliore risposta diagnostica.

La somministrazione del mezzo di contrasto può talora comportare alcuni lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito) che un'incidenza non prevedibile e quantificabile ma comunque molto bassa, può indurre anche reazioni allergiche gravi fino allo shock anafilattico.

E' necessario quindi comunicare al Medico Responsabile dell'esame ogni eventuale tipo di allergia prima dell'esame stesso.

Il personale sanitario dell'Unità Operativa è sempre presente all'interno della struttura per garantire un pronto intervento in caso di emergenza.

L'impiego del Gadolinio nelle donne in gravidanza richiede la valutazione del rapporto rischio/ beneficio. (Xagena2003) Fonte: UCSF (University of California San Francisco ), quindi l'eventuale stato di gravidanza deve essere preventivamente comunicato al Medico Responsabile dell'esame RM. A tal proposito si informa che i mezzi di contrasto Gd-chelati, a basso dosaggio, non creano problemi.

E' opportuno comunicare anche l'eventuale fase di allattamento del proprio figlio per concordarne le eventuali modalità e tempi di interruzione in relazione all'effettuazione dell'esame RM.

Ogni eventuale chiarimento in merito all'esecuzione dell'esame RM con mezzo di contrasto può essere richiesto al personale dell'Unità Operativa

*Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.*

La preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione

Data____/____/_____Firma del paziente _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a_____il____/____/ _____

❒ Diretto interessato all'atto medico

❒ Tutore di . . . . . .

❒ Esercente la potestà sul minore . . . . . .

Informato/a dal Dott._sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Risonanza Magnetica Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.
- Dopo aver preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto
- Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

□ ACCONSENTO □ NON ACCONSENTO

L'utilizzo di mezzo di contrasto magnetico in corso di risonanza

Data ____ /_____/_____Firma del paziente _____

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

Io sottoscritta _____ dichiaro inoltre di

❒ ESSERE ❒ NON ESSERE

in stato di gravidanza certa o presunta

*Data*_____/____/_____*Firma del paziente* _____

*POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?*

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Firma del Medico radiologo _____

Firma dell'eventuale interprete _____