

Io sottoscritto (cognome e nome) _____ nato il ___ / ___ / ___
a _____ Prov _____ residente/domiciliato a _____
in Via/P.zza _____ n _____ CAP _____ tel. _____

In qualità di Paziente

Rappresentante Legale del paziente: genitore/i tutore amministratore di sostegno

cognome e nome _____

nato/a il ___ / ___ / ___ a _____

Per pazienti minorenni firmano entrambi i genitori

Il genitore che sottoscrive il presente modulo in assenza dell'altro genitore, dichiara – sotto la propria responsabilità – di manifestare la volontà di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000. Il dichiarante è consapevole delle conseguenze in termini di responsabilità penale, che derivano dal rilasciare attestazioni non veritiere.

RM NON ESEGUIBILE IN PRESENZA DI

Pace Maker o defibrillatore interno	Si	No	Stimolanti di crescita ossea	Si	No
Protesi oculari magnetiche	Si	No			

Il paziente è stato sottoposto a interventi chirurgici alla seguente parte del corpo:

testa collo torace addome rachide arti – specificare: _____

Specificare tipo di intervento: _____

ha eseguito in precedenza esami RM	si	no	portatore di clips endocraniche, endorbitarie, endovascolari	si	no
soffre di claustrofobia	si	no	ha subito di incidenti stradali / di caccia / traumi	si	no
è affetto da insufficienza renale	si	no	lavora o ha lavorato come fabbro, tornitore, saldatore, carrozziere, addetto alla lavorazione di vernici metallizzate	si	no
è affetto da anemia falciforme	si	no	portatore di schegge o corpi metallici, anche punti, chiodi, fili, dovuti a traumi, colpi d'arma da fuoco o esplosioni o altre protesi	si	no
portatore di protesi auricolari o cocleari (orecchio interno)	si	no	portatore di pompe per infusione di farmaci	si	no
portatore di protesi dentarie fisse o mobili	si	no	portatore di neurostimolatori, elettrodi endocerebrali o sottodurali	si	no
portatore di piercing removibili	si	no	portatore di sonde di derivazione ventricolare o spinale	si	no
portatore di lenti a contatto	si	no	portatore di valvole cardio-vascolari o cateteri cardiaci	si	no
presenta tatuaggi/ cerotti medicali	si	no	GRAVIDANZA in atto data ultime mestruazioni ___ / ___ / ___	si	no
portatore protesi ortopediche o distrattori della colonna vertebrale	si	no	allattamento al seno in atto	si	no

Farmaci in uso: _____

Il paziente che deve effettuare RM con MdC deve presentarsi con referto di **CREATININEMIA** non antecedente i 30 giorni. Il paziente deve inoltre dichiarare se:

- ✓ ha mai avuto reazioni allergiche a mezzo di contrasto utilizzato per RM o TC si no
- ✓ ha qualche tipo di reazione allergica (anche lieve) in atto ora o pochi giorni prima dell'esame si no
- ✓ ha sofferto di manifestazioni allergiche si no

SEZIONE RISERVATA AL MEDICO CURANTE O AL MEDICO RICHIEDENTE

Se il paziente risponde **si** ad una delle domande sopra riportate, il medico dovrà consultare l'allegato "Pretrattamento farmacologico per pazienti allergici" sul sito della Fondazione, procedere, quando opportuno, alla prescrizione dei farmaci indicati e, solo in questo caso, apporre qui sotto la propria firma.

Firma del / medico curante / medico richiedente _____

**Sezione riservata ai pazienti con pregressa reazione allergica
a mezzo di contrasto o forme allergiche valutate ad alto rischio dal medico curante o richiedente**

Io sottoscritto (cognome e nome) _____ nato il ___/___/___ dichiaro di essere stato esaurientemente informato dal mio medico curante in merito alla preparazione farmacologica presente sul sito della Fondazione per pazienti ad alto rischio allergico e di aver compreso che:

→ tale preparazione non previene le reazioni allergiche gravi, ma ne riduce l'intensità

→ in caso di mancata assunzione dei farmaci previsti l'esame **NON** sarà effettuato

Dichiaro, inoltre, di aver assunto la terapia orale prescritta dal mio medico curante ieri sera, 2 ore e 1 ora dall'orario previsto per l'esame diagnostico e di essere a DIGIUNO da 8 ore.

Firma paziente o suo rappresentante legale _____

Il paziente in base alle informazioni ricevute

DICHIARA DI

- aver letto l'informativa allegata al presente consenso con tutte le indicazioni per l'esecuzione dell'esame;
- aver compreso finalità e vantaggi dell'esame, possibili rischi e complicanze, controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM;
- aver risposto alle domande del questionario anamnestico, fornendo tutte le informazioni sulle proprie condizioni di salute;
- aver compreso modalità e motivazioni della somministrazione del mezzo di contrasto;
- non avere necessità di richiedere altri chiarimenti sull'esame.

In piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte false o mendaci ai quesiti sottoposti e in piena libertà di decisione

ACCONSENTE A SOTTOPORSI

- all'esame di Risonanza Magnetica

Data, ___ / ___ / ___ Firma del paziente/genitori /tutore/amm. di sostegno _____

- alla somministrazione, per via endovenosa, del mezzo di contrasto paramagnetico.

Data, ___ / ___ / ___ Firma del paziente/genitori /tutore/amm. di sostegno _____

Il Medico Radiologo responsabile dell'esame (cognome e nome leggibili) _____, verificati il quesito diagnostico, il questionario anamnestico e il valore della **creatinemia** (_____), preso atto delle risposte fornite dal paziente, autorizza l'esecuzione dell'esame.

Data, ___ / ___ / ___ Firma del Medico Radiologo _____

Modulo compilato con l'ausilio di un interprete/mediatore culturale (cognome e nome in stampatello) _____
Firma dell'interprete / mediatore culturale _____

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE

Il titolare del trattamento, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta" (C.F. 01668320151 – P.IVA 04376340156), con sede in Via Celoria 11 – 20133 Milano (tel. 02.23941 – fax 02.70638217 – PEC: protocollo@pec.istituto-besta.it), tratta i Vostri dati in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso la sede della Fondazione, e consultabile anche sul sito istituzionale www.istituto-besta.it. Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) è contattabile all'indirizzo di posta elettronica dpo@istituto-besta.it



ESAMI RISONANZA MAGNETICA SCHEDE INFORMATIVE

La RM, che in base alle attuali conoscenze si può considerare **innocua** per l'organismo, utilizza onde radio simili a quelle delle trasmissioni radiotelevisive ed un forte campo magnetico. Non sarete quindi esposti a raggi X (ionizzanti), né a sostanze radioattive.

L'esame si svolge con il costante controllo di un tecnico e, per l'intera durata della procedura, è presente in area diagnostica un medico pronto ad intervenire per qualsiasi necessità. Durante l'esecuzione dell'esame è normale sentire un rumore ritmico, provocato dall'apparecchiatura.

NOTE IMPORTANTI: MEZZO DI CONTRASTO (MDC)

A volte, per completare l'esame, è necessario iniettare in vena un mezzo di contrasto (mdc) contenente un metallo raro, il GADOLINIO, che agisce come "intensificatore di contrasto" per rendere meglio visibili alcune parti dell'organismo.

Pazienti in stato di gravidanza possono eseguire esame RM solo senza mdc.

L'utilizzo di mdc con struttura molecolare lineare, di vecchia generazione, sono stati maggiormente associati a **deposito di gadolinio** nel corpo, in particolare a livello dell'encefalo. Dal 2018 l'EMA (Agenzia Europea dei Medicinali) ne ha vietato l'uso e solo i mdc macrociclici (con più basso tasso di deposito) vengono utilizzati nella pratica quotidiana. Nessun effetto collaterale, nemmeno a lungo termine, è stato descritto in relazione a questi depositi nell'encefalo.

Nei pazienti con problemi renali gravi sono stati segnalati casi di associazione tra uso di mdc e una malattia rara (**fibrosi sistemica nefrogenica**) che provoca ispessimento della pelle e del tessuto connettivo. Al fine di individuare i soggetti a rischio l'EMA raccomanda di verificare, la funzionalità renale. Per questo motivo è **indispensabile** che, prima di sottoporsi alla RM con mdc, tutti i pazienti presentino un esame del sangue (**CREATININEMIA**) eseguito nei **30** giorni precedenti.

Anche se solo in casi molto rari, dopo l'iniezione di mdc si sono manifestati eritemi, arrossamenti o gonfiori localizzati (tipo bollicine), shock anafilattico, collasso cardiocircolatorio. Quindi **È IMPORTANTE CHE I PAZIENTI CHE HANNO SOFFERTO DI QUALCHE FORMA ALLERGICA** (a mdc, farmaci, cibi, animali...) lo segnalino al loro medico curante che dovrà consultare l'allegato **Pretrattamento farmacologico per pazienti allergici** presente sul sito della Fondazione e, se lo riterrà necessario, prescriverà la premedicazione farmacologica consigliata.

COSA PORTARE IL GIORNO DELL'ESAME?

- La richiesta del medico curante, la tessera sanitaria, l'eventuale tessera di esenzione ticket e il numero di prenotazione dell'esame;
- Il modulo per l'acquisizione del consenso informato, compilato e firmato dal medico curante o richiedente (scaricabile dal sito della Fondazione);
- Tutta la documentazione sanitaria e esami precedenti inerenti il distretto anatomico da indagare (RM, TAC, radiografie, ecografie, relazioni di visite specialistiche) e **CREATININEMIA**.

Dopo l'accettazione amministrativa agli sportelli, il paziente viene chiamato dal personale della radiologia e aiutato a posizionarsi sul lettino della RM.

Durante l'esame il paziente riceverà le opportune indicazioni dal personale tecnico della radiologia.

ATTENZIONE!!!

NON possono in alcun caso eseguire un esame di RM i pazienti portatori di:

- pacemaker cardiaco **NON RM compatibile**;
- protesi oculari magnetiche;
- protesi stimolanti per la crescita ossea.

Possono eseguire un esame di RM solo **dopo valutazione del medico radiologo** e con specifiche precauzioni i pazienti:

- ✓ claustrofobici
- ✓ portatori di protesi (auricolari e orecchio interno, dentarie, lenti a contatto, ortopediche, cardio-vascolari, ecc.)
- ✓ portatori di valvole cardiache
- ✓ portatori di cateteri cardiaci
- ✓ portatori di neurostimolatori
- ✓ portatori di pompe per infusione di farmaci
- ✓ portatori di dispositivi intrauterini (spirale, ecc.)
- ✓ portatori di schegge o corpi metallici (dovuti a traumi, colpi d'arma da fuoco, esplosioni), piercing, tatuaggi, cerotti medicali.

Prima di entrare in RM per l'esame, si raccomanda di **lasciare** nello spogliatoio:

- ✓ lenti a contatto;
- ✓ oggetti metallici (orologi, monili contenenti ferro, occhiali, chiavi, monete, fibbie della cintura, protesi dentarie mobili, piercing...);
- ✓ tessere magnetiche (bancomat, ecc.).