

INDAGINI DIAGNOSTICHE CON MEZZO DI CONTRASTO e RISONANZA MAGNETICA
Modulo richiesta – Indicazioni per la preparazione – Anamnesi – Consenso

Questo modulo raccoglie le informazioni in merito allo stato di salute del paziente, 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

| | |
|--|---|
| <p>DATI DEL PAZIENTE</p> <p>Cognome e nome _____</p> <p>Data di nascita _____</p> <p>Telefono _____</p> <p>Provenienza <input type="checkbox"/> INT. U.O. _____</p> <p><input type="checkbox"/> EST. _____</p> <p><input type="checkbox"/> Altra ULSS _____</p> | <p>TIPO DI ESAME RICHIESTO (*)</p> <p><input type="checkbox"/> TAC con mdc iodato</p> <p><input type="checkbox"/> Angiografia con mdc iodato</p> <p><input type="checkbox"/> Urografia con mdc iodato</p> <p><input type="checkbox"/> RM senza o con mdc paramagnetico (**)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOGRAFIA con mdc (CEUS)</p> <p><input type="checkbox"/> Altro _____</p> |
|--|---|

NOTIZIE CLINICHE E QUESITO DIAGNOSTICO _____

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

In caso di esame Ecografia con MDC CEUS il dosaggio della creatininemia non è necessario

Se in base ai dati clinici recenti non risultano significative patologie renali la creatinemia può ritenersi non necessaria

Il/La Paziente presenta (IN CASO DI RISPOSTA POSITIVA CONTATTARE PREVENTIVAMENTE IL MEDICO RADIOLOGO):

- **Precedenti reazioni moderate/severe ai mdc** NO SI
 (se possibile specificare tipo di mdc, tipo ed entità delle reazioni): _____

| | |
|--|---|
| - Allergie in trattamento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | - Asma <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| - Insufficienza renale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | - Diabete <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| - Scompenso cardiaco <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | - Ipertiroidismo <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| - Sindr. Coronarica acuta recente <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | |
| - Tattamento in atto con farmaci <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | |

(solo se uno di quelli indicati) b-bloccanti // interleukina 2 // **biguanidi (Metformina)** // **FANS** // **Aminoglicosidi** // **Ciclosporina** // **Cisplatino** (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 per i farmaci in grassetto (v. di seguito).

| | |
|---|--|
| ESEGUITA IDRATAZIONE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | ESEGUITA PROFILASSI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
|---|--|

Data _____ **Firma del Medico Prescrittore** (con timbro)

(*) In caso di possibile gravidanza della paziente, contattare preventivamente il Medico Radiologo.

(**) Per la Risonanza Magnetica deve essere compilato il questionario anamnestico specifico per indagini RM

PREPARAZIONE: non mangiare nelle 4 ore e non bere nell'ora precedente l'esame.

MDC IODATI: SOLO in caso di insufficienza renale lieve/moderata (eGFR < 60 in caso di angiografia; eGFR < 45 in caso di iniezione endovenosa del mdc) 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 X 12 ore 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 (1200mgx2), seguita da somministrazione e.v. di 2 ml/kg/ora di soluzione fisiologica nelle 6 ore successive all'esame (attenzione alle cardiopatie).

MDC IODATI E PARAMAGNETICI: SOLO in caso di progressa 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:** Prednisone, 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.

IN CASO DI INDAGINE RM CON O SENZA MDC: 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.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO SPECIFICO PER INDAGINI RM

| | | | |
|---------------------|--|-----------------------------|---|
| A cura del Paziente | Soffre di claustrofobia? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| | È mai stato colpito da schegge metalliche? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| | È in stato di gravidanza? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| | Ha subito interventi chirurgici? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI specificare _____ |
| | È portatore/portatrice di: | | |
| | IUD (spirale) | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| | Placche / protesi / viti / chiodi / fili metallici | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI specificare _____ |
| | Protesi del cristallino | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| | Protesi dentarie | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| | Tatuaggi | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |

Il/La Paziente è portatore/portatrice di:

| | | | |
|--------------------------------|--|-----------------------------|---|
| A cura del Medico prescrittore | Clips vascolari | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| | Pace-maker o altri tipi di stimolatori | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI specificare _____ |
| | Pompe di infusione farmaci | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| | Impianti cocleari | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| | Elettrodi intra-cerebrali o sub-durali | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| | Derivazioni spinali o ventricolari | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| | Espansore mammario | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |
| | Protesi articolari bilaterali (spalla, anca) | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI |

Data _____

Firma del Medico prescrittore

Rivalutato quanto dichiarato nel questionario, il Paziente può essere sottoposto all'indagine richiesta

Firma del Medico Radiologo

CONSENSO

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

- sulle finalità, modalità di espletamento e rischi inerenti l'esame diagnostico o terapeutico a cui deve essere sottoposto, necessario all'accertamento della propria condizione clinica;
- sulla possibilità che l'uso del mezzo di contrasto possa causare eventi avversi non prevedibili.

Accetta pertanto di sottoporsi all'esame proposto

La paziente (se è in età fertile) **dichiara di NON essere in stato di gravidanza.**

Consenso presso _____

in data _____

(struttura)

Firma del Paziente (o di chi ne ha la tutela) -----

Firma del Medico Radiologo -----