

**Consenso all'accesso in RM ed alla somministrazione di mdc paramagnetico**

Cognome.....Nome.....Data nascita.....Peso.....  
Residenza .....Rec. Telefonico..... Provenienza.....  
Esame richiesto.....Quesito clinico.....

**Il questionario successivo DEVE essere compilato dal personale RM e/o di Reparto**

Viene consigliata la visione da parte del paziente, ma solo a scopo informativo, per evitare che l'esame sia richiesto a pazienti con controindicazioni assolute (portatori di pace-maker). Occorre sapere se il paziente è portatore di: (sottolineare e specificare!) pace maker o altri tipi di cateteri cardiaci, neurostimolatori, elettrodi cerebrali, derivazioni spinali/ventricolari, sistemi di perfusione con reservoir impiantati, clips su aorta, cervello, valvole cardiache, distrattori della colonna vertebrale, pompa di infusione (insulina-altro), impianti per udito (cocleari, orecchio medio etc.), protesi ortopediche, protesi del cristallino, dentarie o acustiche (rimuoverle il giorno dell'esame), E' affetto da anemia falciforme, ha schegge metalliche (saldatore, carrozziere, tornitore), ha avuto incidenti stradali, di caccia, da esplosione, soffre di claustrofobia?

**Per le donne:** gravidanza, allattamento si no L'esame può essere eseguito in pazienti con la spirale, ma è necessaria successiva valutazione ginecologica. Ultime mestruazioni avvenute.....

Ha subito interventi chirurgici su: **testa---addome---collo---estremità---torace-- quali?**.....

***Il successivo questionario DEVE essere compilato dal medico curante o di Reparto***

**Modulo consenso alla somministrazione di mdc paramagnetico**

Per poter eseguire la RM è indispensabile la firma del medico richiedente su questo modulo: il significato di questa firma è esclusivamente la condivisione con il radiologo delle informazioni cliniche e di laboratorio che consentano di condurre un corretto esame sul paziente evitando, quando possibile, la ripetizione di inutili esami ematochimici. Il medico richiedente non ha perciò alcuna responsabilità nella somministrazione del mdc; per legge, la somministrazione di mdc paramagnetico è un **atto di competenza del radiologo**, indipendentemente dalla formulazione del mdc in richiesta, che va valutato anche nei cosiddetti "pazienti a rischio" in relazione al rapporto costo/beneficio diagnostico, eventualmente dopo consultazione col medico di reparto-medico curante. L'uso del mdc paramagnetico (chelati del Gadolinio) si può rendere necessario in corso di esame, **avendo come esami preliminari creatinina ed azotemia** ma, con la collaborazione del medico curante/ di reparto, se è a conoscenza della situazione clinica del paziente, è possibile evitare la richiesta di questi esami, facilitando peraltro l'accesso alla RM: al contrario può farne richiesta.

Il radiologo informerà il paziente sulla necessità del mdc, prima della sua somministrazione.

E' necessario conoscere quali possano essere i **pazienti a rischio** per l'eventuale sviluppo di Fibrosi Sistemica Nefrogenica (NFS), segnalando quelli con:

- **note anamnestiche sospette per Insufficienza Renale (IR):** (necessario il dosaggio recente della creatinina sierica e del GFR
- **storia clinica di IR, emodialisi, dialisi peritoneale, trapianto renale o in attesa di trapianto epatico ed in tal caso sono necessari esami non antecedenti la RM di 30 gg.**
- **cofattori di rischio (ipotetici):** età (<2 aa, > 65 aa), diabete, assunzione di farmaci nefrotossici, recente somministrazione di Gd (1 sett), malattie del sistema immunitario, grave sepsi, pregressi episodi trombotici, terapia con eritropoietina, chirurgia maggiore e vascolare.

E' necessario che il radiologo sia a conoscenza di **comprovato rischio allergico a mdc o ad altre sostanze.**

Specificare: ..... **Il medico richiedente**.....

***Il successivo questionario DEVE essere compilato dal paziente : CONSENSO: E' indispensabile che il paziente legga attentamente, compili e firmi il seguente modulo di consenso all'esecuzione all'esame e lo consegni al Radiologo prima dell'esame. Per chiarimenti si prega consultare il medico radiologo esecutore.***

**DICHIARO**

di essere stata/o informata/o esaurientemente ed in modo comprensibile sull'indicazione clinica, l'utilità, le modalità di realizzazione dell'esame RM da eseguire, e sugli effetti collaterali e secondari (reazioni inattese avverse) che possono derivare dall'uso del "mezzo di contrasto" e di aver ricevuto risposta alle domande poste al medico. Esprimo il mio consenso alla esecuzione dell' esame RM.

IN FEDE Firma paziente (o esercitante patria potestà) .....

Firma Radiologo .....

Casarano, il .....