

U.O.C. RADIOLOGIA
Direttore f.f. Dott. Nicola Arcadi

CONSENSO INFORMATO PER ESAMI DI RMN IN GRAVIDANZA

Nome della paziente _____ Data di nascita _____

Questo consenso serve ad informarvi che la RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) alla quale verrete sottoposta può comportare un possibile rischio per il feto. Firmando questo modulo di consenso voi affermate di aver capito tutte le informazioni che vi sono scritte, di aver domandato quanto desideravate sapere e di aver compreso i rischi associati alla RMN.

Al momento non sono stati riportati casi di danni ai bambini sottoposti a RMN prima della nascita. Mentre il numero di pazienti che hanno eseguito una TAC durante la gravidanza è piccolo e con limitati controlli a distanza, negli ultimi anni numerose donne in gravidanza sono state sottoposte a RMN senza effetti negativi. Gli esami di RMN nelle pazienti gravide vengono eseguiti quando il medico valuta che i vantaggi di tale esame sono superiori ai possibili rischi.

Io, _____, ho letto le avvertenze scritte in questo modulo di consenso ed ho capito i potenziali effetti negativi sul feto che porto in grembo. Do, pertanto, il consenso ad eseguire la RMN che mi è stata prescritta.

Ho avuto modo di domandare quanto avevo bisogno di sapere sull'esame e ho ricevuto adeguate risposte. Ho anche capito che posso rifiutare di eseguire l'esame senza alcun obbligo da parte mia e che posso chiedere di interromperlo in qualunque momento. Inoltre dichiaro di conoscere ed accettare i rischi descritti in questo modulo di consenso informato.

Reggio Calabria, lì _____

Nome in stampatello della persona che dà il consenso

Firma della persona che dà il consenso

Firma di un testimone _____ rapporto di parentela

Il Tecnico di radiologia _____

Il Medico Radiologo _____

Non sono al momento conosciuti rischi biologici legati alla RMN. Non sono state riscontrate sequele a distanza con esami di RMN e ci si aspetta che il rischio potenziale sia minimo o assente. La RMN non è ritenuta una procedura pericolosa per il feto. In una indagine su donne che lavorano nel campo della Risonanza Magnetica, non è stato rilevato un incremento di complicanze durante la gravidanza. In accordo con alcune Società Scientifiche la RMN è indicata in stato di gravidanza quando altre procedure diagnostiche senza radiazioni ionizzanti siano inadeguate o se l'esame fornisce importanti informazioni che richiederebbero l'esposizione a radiazioni ionizzanti (come radiografie, TAC, etc.).

È necessario che la paziente gravida sia informata che, al momento, sebbene non vi siano dati che indichino che l'utilizzo della RMN in gravidanza abbia effetti negativi, la assoluta sicurezza di tale esame in gravidanza non è stata ancora definitivamente accertata. Inoltre, è ben noto che la divisione cellulare, come nel caso dello sviluppo di un embrione durante il primo trimestre, è suscettibile di danni da parte di diversi agenti fisici. A causa della limitazione dei dati a disposizione noi evitiamo, comunque, di praticare la RMN nel primo trimestre di gravidanza, quando questo sia possibile.

Il gadolinio (il mezzo di contrasto usato nella Risonanza Magnetica Nucleare) non è raccomandato per l'uso in gravidanza. Il gadolinio passa la barriera placentare e compare nella vescica del feto pochi momenti dopo la sua somministrazione endovenosa. Dalla vescica del feto il mezzo di contrasto viene riversato nel liquido amniotico dove viene ingoiato e, potenzialmente, riassorbito dal tratto gastro-intestinale del feto. A causa di tale riassorbimento l'emivita del gadolinio nel circolo fetale non è conosciuta. Il gadopentato dimeglumina ha mostrato di indurre un lieve ritardo di sviluppo nei ratti, quando somministrato in dosi 2,5 volte superiori a quelle umane, e nei conigli in dosi 7,5 volte superiori a quelle umane. Viene pertanto classificato nella categoria C dei farmaci utilizzabili in gravidanza (quindi deve essere somministrato solo se i potenziali benefici superano i possibili rischi) poiché sono stati evidenziati eventi avversi negli studi animali ma non sono stati condotti studi controllati nella specie umana.

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI UN ESAME R.M.

Soffre di claustrofobia?	SI - NO
Ha mai lavorato o lavora come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI - NO
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	SI - NO
E' stato vittima di traumi da esplosione?	SI - NO
E' in stato di gravidanza?	SI - NO
Soffre di epilessia?	SI - NO
Ha subito interventi chirurgici	SI - NO

su: Testa Addome - Collo - Estremità - Torace
 Altri (specificare):

Quando ricorda di aver avuto le ultime mestruazioni? Gg__ mm__ aa__;

E' portatore di:

Schegge o frammenti metallici?	SI - NO
Clips, spirali (trattamento di aneurismi), stents, protesi vascolari nelle arterie, vene e nell'aorta?	SI - NO
Valvole cardiache?	SI - NO
Distrattori della colonna vertebrale?	SI - NO
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	SI - NO
Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	SI - NO
Corpi metallici nell'orecchio o impianti per udito?	SI - NO
Impianti attivati meccanicamente elettricamente o elettronicamente?	SI - NO
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI - NO
Lenti intraoculari?	SI - NO
Derivazioni spinali o ventricolari?	SI - NO
Dispositivi intrauterini?	SI - NO
Protesi metalliche (per pregressa frattura, interventi correttivi articolari, viti, chiodi fili, etc.	SI - NO
Localizzazione?	SI - NO
Protesi dentarie fisse o mobili?	SI - NO
E' affetto da anemia falciforme?	SI - NO
Tatuaggi?	SI - NO
Cerotti medicati antidolorifici?	SI - NO

Per effettuare l'esame occorre:

- Togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiere, corone temporanee mobili;
- Togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, pinzette metalliche, punti metallici (ad esempio applicati agli indumenti in tintoria). Le carte di credito e le carte magnetiche in genere, coltelli, fermasoldi, le monete, le chiavi, le limette per le unghie, le forbici ed altri eventuali oggetti metallici devono essere riposti nell'apposita cassetta di sicurezza.

- Asportare cosmetici dal volto.

Data _____;

Firma del Medico che richiede l'esame _____ .