

**PROPOSTA DI INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA**  
(da compilare da parte del medico curante)

Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ peso (Kg) \_\_\_\_\_

Residente/Degente: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Quesito diagnostico: \_\_\_\_\_

Distretto corporeo oggetto di indagine: \_\_\_\_\_

**N.B. Si prega di rispondere a tutte le domande indicate e di firmare il modulo come consenso libero e informato all'esecuzione dell'esame. La mancata ottemperanza comporterà la nullità della richiesta.**

A) Poiché le seguenti condizioni costituiscono divieto tassativo all'esecuzione dell'indagine RM si dichiara che il paziente:

<b>E portatore di:</b>		
Schegge o frammenti metallici?	SI	NO
Clips, spirali (trattamento di aneurismi), stents, protesi vascolari nelle arterie, vene e 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

**Poiché in presenza di elementi endocorporei metallici l'indagine RM sarà eseguibile solo previa valutazione dei rischi che la stessa può comportare, se ne deve dichiarare l'eventuale presenza e la conseguente compatibilità con i campi magnetici di elevata intensità. A tal fine, in caso di dubbio, è opportuno acquisire la certificazione liberatoria da parte della Struttura presso la quale il dispositivo è stato impiantato.**

- B) Il richiedente deve contattare il Servizio di Radiologia o Neuroradiologia dove è prevista l'effettuazione dell'esame nelle condizioni seguenti: 1) claustrofobia - 2) stato di gravidanza - 3) epilessia - 4) presenza di IUD.
- C) **Se si ritiene che l'esame possa prevedere la somministrazione di mezzo di contrasto contenente gadolinio è indispensabile, nei giorni precedenti, eseguire esami di funzionalità renale (Creatinina) (da esibire al momento dell'esame).**

**Inoltre, all'esame deve precedere un periodo di digiuno di almeno 6 ore.**

D) In caso di valori di Creatininemia superiori a 2mg/dL o GFR <30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> è necessaria una valutazione specialistica nefrologica.

E) NON RISULTA / RISULTA la presenza di rilievi anamnestici di natura allergica (causa di aumentato rischio) ed in particolare (eventualmente indicare) \_\_\_\_\_

In tale evenienza si consiglia di attuare terapia desensibilizzante con cortisonici + antistaminici + anti H2:

<b>TERAPIA DESENSIBILIZZANTE ADULTO</b>	<b>Posologia</b>
<b>Prednisone</b> (Deltacortene) - cpr 25 mg	2 cpr 13 h prima dell'esame 2 cpr 7 h prima dell'esame 2 cpr 1 h prima dell'esame
<b>Clorfenamina maleato</b> (Trimeton) 10 mg fiale	1 fiala 1 h prima dell'esame
<b>Ranitidina</b> - cpr 300 mg	1 cpr 2 ore prima dell'esame
<b>TERAPIA DESENSIBILIZZANTE BAMBINO</b>	
<b>Prednisone</b> (Deltacortene)	0,5-0,7 mg/kg OS - 12 h prima dell'esame 0,5-0,7 mg/kg OS - 2 h prima dell'esame
<b>Cetirizina</b> - gocce	Età 6-12 anni - Peso < 30 kg: 5 mg (10 gocce) unica somministr. - Peso > 30 kg: 10 mg (20 gocce) unica somministr. Età 2-6 anni: 5 mg (10 gocce) unica somministr. Età 1-2 anni: 2,5 mg (5 gocce) unica somministr.

IL MEDICO CURANTE  
(Timbro e firma)