

IO 03	<b>MODULO RICHIESTA RM</b>	Rev. 0 del 22/05/2017
MO 91	BIOMEDICAL S.P.A	PAGINA 1 DI 2

**IMPORTANTE:** per l'esecuzione dell'indagine è **INDISPENSABILE** che il presente modulo venga letto, compilato in ogni sua parte e firmato dal Medico Prescrittore (sia esso il Medico di Medicina Generale o il Medico Specialista).

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

Indagine richiesta: \_\_\_\_\_

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

**PORTARE SEMPRE IN VISIONE ESAMI PRECEDENTI RELATIVI AL QUESITO DIAGNOSTICO:  
RX ,TC, ETG, RM, VISITE SPECIALISTICHE,ALTRO**

**1) Ha già eseguito un esame RM?**  SI  NO

Dove?..... Quando?.....

Quale parte del corpo?.....

Con Mezzo di contrasto?..... Perché?.....

**2) Ha subito interventi chirurgici?**  SI  NO

Specificare quali e quando .....

**3) Il paziente è portatore di schegge o corpi di natura metallica?**  SI  NO

schegge di ordigni, incidenti di caccia  protesi dentarie fisse o mobili

mezzi di sintesi metallici (chiodi, viti, artroprotesi )  lavora o ha lavorato come fabbro saldatore o carrozziere

**4) Il paziente è inoltre portatore di : (se SI, specificare quali)**  SI  NO

pace-maker o altri tipi di impianti o cateteri cardiaci  protesi valvolari cardiache

distrattori della colonna vertebrale  pompe per infusione di insulina o altri farmaci

neurostimolatori impiantati nel cranio o nella colonna vertebrale

derivazione spinale o ventricolare  impianti otologici o cocleari

clips su aneurismi o vasi sanguigni

**SE SI**, L'ESAME POTRA' ESSERE EFFETTUATO SOLO SE VIENE PRODOTTA **CERTIFICAZIONE DI MAGNETO-COMPATIBILITA' DEL MATERIALE METALLICO UTILIZZATO** (TALE DICHIARAZIONE DEVE ESSERE IN FORMA SCRITTA E FIRMATA DAL MEDICO DELLA STRUTTURA OVE E' STATO EFFETTUATO L'INTERVENTO)

**5) Il paziente è portatore di tatuaggi, trucco permanente e/o piercing?**  SI  NO

**6) Il paziente soffre di claustrofobia?**  SI  NO

IO 03	<b>MODULO RICHIESTA RM</b>	Rev. 0 del 22/05/2017
MO 91	BIOMEDICAL S.P.A	PAGINA 2 DI 2

7) Il pz è in grado di mantenere la posizione clinostatica per almeno 30 minuti?  SI  NO

8) la paziente è in stato di gravidanza  SI  NO

**Nota:** la Risonanza Magnetica non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni, tuttavia **è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.**

Non esistono rischi di dislocazione, di perforazione, di espulsione, di gravidanza direttamente collegabili con la RM per **donne portatrici dei più comuni mezzi contraccettivi intrauterini**. Se non si è sicure del tipo di spirale in uso si consiglia di consultare il ginecologo per valutare se contiene metalli magnetizzabili.

**Quando è previsto l'uso di un mezzo di contrasto, le donne che allattano** dovrebbero raccogliere e conservare prima dell'esame il latte necessario per le 24 ore successive all'indagine, (da somministrare con il biberon) per evitare il rischio che la sostanza passi al neonato.

<b>Questionario per mezzi di contrasto a base di gadolinio (Questionario Linee guida ESUR vers.9)</b>
---

- **Storia clinica di reazioni avverse moderate o severe a mezzi de contrasto a base di gadolinio**  
 SI  NO
- **Storia di atopia che richiede un trattamento medico**  
 SI  NO
- **Storia di asma**  
 SI  NO
- **Il paziente è affetto da insufficienza renale in stadio terminale (eGFR <30 ml/min/1.73m2) oppure è in dialisi \***  
 SI  NO
- **Il paziente ha funzionalità renale ridotta (eGFR tra 30 e 60 ml/min/1.73m2) \***  
 SI  NO

\*N.B I pazienti con eGFR <30 ml/min/1.73m2 sono ad elevato rischio di sviluppare una reazione avversa molto tardiva nota come Fibrosi Sistemica Nefrogenica; pazienti con eGFR tra 30 e 60 ml/min/1.73m2 sono a basso rischio di sviluppare tale condizione. La valutazione della funzionalità renale **PRIMA** della somministrazione di MdC a base di gadolinio risulta indispensabile per consentire allo specialista radiologo la scelta ragionata e quindi più adatta del MdC da utilizzare per il Suo paziente; pertanto sarà **necessario portare in visione un valore di creatininemia recente o, in assenza di questo, eseguire prelievo venoso per il dosaggio della creatininemia** (sarà possibile eseguire questo prelievo c/o Biomedical anche il giorno dell'esame RM purchè quest'ultimo risulti prenotato nella fascia oraria 9:30-16:30, presentandosi presso la struttura almeno 1 ora e mezza prima dell'esecuzione dell'esame RM)

**IN CASO DI UTILIZZO DI MDC,** è necessario essere a **DIGIUNO DA 6 ORE.**

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico Curante/Specialista Prescrittore \_\_\_\_\_