

**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:

E portatore di:		
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) In caso di RMN MULTIPARAMETRICA, esibire Antigene Prostatico Specifico (PSA) ed eseguire clistere di pulizia due ore prima dell'esame. → CLISHA PEG
- F) Esibire eventuale documentazione precedente (cartelle cliniche, esami eco, TC, RM).
- G) 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:

TERAPIA DESENSIBILIZZANTE ADULTO	Posologia
Prednisone (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
Clorfenamina maleato (Trimeton) 10 mg fiale	1 fiala 1 h prima dell'esame
PANOTISINA EG 40 mg	1 cpr 2 ore prima dell'esame
TERAPIA DESENSIBILIZZANTE BAMBINO	Posologia
Prednisone (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
Cetirizina - 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)