

 <p>REGIONE DEL VENETO ULSS3 SERENISSIMA</p>	<p>Istruzione Operativa</p> <p>Modulo Consenso Informato alla Colangio-RM</p> <p>Radiologia di Mestre</p>	<p>IO/00086 REV 1 20/10/2023</p>
---	--	--

Modulo Consenso Informato alla Colangio-RM

CHE COS'È

La Colangio-RM è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive.

Consiste in un esame diagnostico che sfrutta la tecnologia della Risonanza Magnetica per studiare nel dettaglio le condizioni delle vie biliari e del dotto pancreatico principale.

La diagnostica mediante RM utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive. La Risonanza Magnetica di base si configura come un esame diagnostico non invasivo e in base alle conoscenze attuali non comporta effetti biologici rilevanti su Pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza. Tuttavia è prudente non effettuare l'esame RM in Pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.

A COSA SERVE


La Colangio RM permette di visualizzare e studiare le vie biliari e il dotto pancreatico principale.

Ha un livello di dettaglio maggiore rispetto ad altri esami e pertanto vi si ricorre in fase di approfondimento. Tale indagine viene dunque prescritta in caso di sospetta patologia delle vie biliari, come ad esempio la calcolosi, la malattia di Caroli, l'atresia, le anomalie della colecisti, alcune patologie infiammatorie e neoplastiche.

COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso né fastidioso. La procedura è piuttosto semplice. Il Paziente viene aiutato a distendersi correttamente sul lettino (solitamente supino e con le braccia alzate al di sopra del capo) per poi essere introdotto all'interno del macchinario. Per rendere ancora più dettagliate le immagini talora è prevista la somministrazione di un apposito mezzo di contrasto, da ingerire per via orale qualche minuto prima dell'inizio dell'esame. L'indagine può durare dai 20 ai 35 minuti. Per la buona riuscita dell'esame il Paziente deve rimanere immobile durante l'acquisizione delle immagini.

Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio.

 <p>Sistema Gestione Qualità Azienda Ulss Serenissima</p>	<p>File: IOUCRAM IO-00086 rev 3 20231020103044.ODT</p>	<p>Pagina 1 di 4</p>
--	--	-----------------------------

	Istruzione Operativa Modulo Consenso Informato alla Colangio-RM Radiologia di Mestre	IO/00086 REV 1 20/10/2023
---	--	---------------------------------

COSA PUÒ SUCCEDERE - EVENTUALI COMPLICANZE

Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli Operatori utilizzando l'apposito interfono presente all'interno della macchina.

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

Il Paziente deve presentarsi all'appuntamento **a digiuno da almeno 8 ore** per consentire il riempimento della cistifellea e lo svuotamento gastrico.

Inoltre **non dovrà assumere liquidi durante le 2 (due) ore precedenti l'esame.**

Il Paziente, prima di essere sottoposto all'esame RM, deve collaborare con il Medico Radiologo (Responsabile della Prestazione Diagnostica) al fine di una corretta compilazione di un apposito "questionario anamnestico" utile ad escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

Si raccomanda quanto segue:

- depositare nell'apposita cassetta ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, etc);
- togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito;
- togliere lenti a contatto o occhiali;
- spogliarsi e indossare l'apposito camice monouso fornito dal Personale di servizio;
- utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal Personale di servizio.

Si raccomanda di evitare di truccare il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini.

Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

QUESTIONARIO ANAMNESTICO per l'esame RM

Sig/Sig.ra: _____ Nato/a il: _____

Ha eseguito in precedenza esami RM?	SI'	NO
Soffre di claustrofobia?	SI'	NO
Ha mai lavorato o lavora come saldatore, tornitore o carrozziere?	SI'	NO
Ha mai subito incidenti stradali o di caccia?	SI'	NO
E' stato vittima di traumi da esplosioni?	SI'	NO
E' in stato di gravidanza certa o presunta?	SI'	NO
Ha mai avuto reazioni allergiche dopo iniezione di mezzo di contrasto?	SI'	NO
Soffre di allergie?	SI'	NO
Soffre di insufficienza renale?	SI'	NO
Ha subito interventi chirurgici su: Testa _____ Addome _____ Collo _____ Estremità _____ Torace _____ Occhi _____ Altro _____	SI'	NO
E' portatore di:		
-dispositivi medici o corpi metallici?	SI'	NO
-pacemaker cardiaco o altri cateteri cardiaci?	SI'	NO
-schegge o frammenti metallici?	SI'	NO
-clips e stent su aneurismi, vasi sanguigni, aorta?	SI'	NO
-valvole cardiache artificiali?	SI'	NO
-defibrillatori, pompe di infusione, neurostimolatori?	SI'	NO
-corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?	SI'	NO
-distrattori della colonna vertebrale?	SI'	NO
-dispositivi intrauterini (IUD)	SI'	NO
-derivazioni spinali o ventricolari?	SI'	NO
-protesi dentarie fisse o mobili?	SI'	NO
-altre protesi metalliche?	SI'	NO
-anemia falciforme	SI'	NO

Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui non potrebbe essere a conoscenza?	SI'	NO
Portatore di protesi del cristallino?	SI'	NO
Portatore di piercing?	SI'	NO
Portatore di tatuaggi?	SI'	NO

Si raccomanda di depositare nello spogliatoio e/o negli appositi armadietti (muniti di serratura con chiave amagnetica) ogni oggetto metallico, ferromagnetico o con supporto magnetico (ad esempio: telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito); togliere eventuali protesidentarie mobili, apparecchi per l'udito, lenti a contatto o occhiali.

DICHIAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Firma della Paziente _____
--

IL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELL'ESAME RM
<i>preso atto delle risposte fornite dal Paziente al Medico Prescrivente l'esame ed espletata l'eventuale visita medica e/o le ulteriori indagini diagnostiche preliminari</i>
AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM _____

Data ____/____/____/

CONSENSO INFORMATO CONDIVISO E LIBERAMENTE ESPRESSO DAL PAZIENTE
PER L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA

Dopo aver preso visione delle informazioni relative all'esame RM riportate nell'informativa, valutate le informazioni ricevute e i chiarimenti che mi sono stati forniti, ritengo di essere stato sufficientemente informato sui rischi, sulle controindicazioni e sugli eventuali danni per la salute e per la vita legati all'esposizione a campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM.

Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsento all'esecuzione dell'esame.

Data ____/____/____/ Firma del Paziente _____