

	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	MO_AFODI_11
Modulo Area Funzionale di Radiologia per richiesta esame RM	Rev. 02 Agosto 2019	Pagina 1 di 2

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

Sig.: _____ nato il: _____ Peso (Kg): _____

Residente/Degente: _____ Tel. del domicilio: _____

Quesito diagnostico: _____

Distretto corporeo oggetto d'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 non è:
- 1) portatore di pace maker o dispositivi endocorporei ad attivazione magnetica (es. elettrodi, neurostimolatri)
 - 2) portatore di protesi ferromagnetiche o di non accertabile compatibilità con i campi magnetici posizionate in sede endocranica, endoorbitaria, endovascolare o suscettibili di mobilità passiva.
- B:** 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.
- Presenza NO SI** Se SI, descrivere e indicare eventuale compatibilità
- 1) - compatibilità NO SI
 - 2) - compatibilità NO SI
- C:** 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

Se si ritiene che l'esame possa prevedere la somministrazione di mezzo di contrasto contenente gadolinio, è indispensabile un **digiuno da almeno 6 ore** ed indicare se:

⇒ ☐ **NON RISULTA** / ☐ **RISULTA** la presenza di **insufficienza renale moderata o grave** (concausa di sclerosi nefrogenica sistemica). In caso di dubbio anamnestico - clinico, entro 30 gg prima dell'esame RM è necessario il dosaggio della creatininemia, il cui risultato il paziente deve portare con sé al momento dell'esecuzione dell'esame RM

Se risulta insufficienza renale moderata o grave, indicare:

☐ **moderata (GFR 30-60 ml/min/1,73 m²)** ☐ **grave (GFR <30 ml/min/1,73 m²)**

⇒ ☐ **NON RISULTA** / ☐ **RISULTA** la presenza di **rilievi anamnestici di natura allergica** (causa di aumentato rischio) ed in particolare (eventualmente indicare): _____

SOGGETTI A RISCHIO

- **Pregressa reazione allergica o pseudo-allergica a seguito di un'indagine con la medesima classe di MdC da impiegare (per es. a base di gadolinio o di iodio)**
- **Presenza di asma bronchiale o orticaria-angioedema non controllati dalla terapia farmacologica**
- **Mastocitosi**
- **Pregressa anafilassi idiopatica (ovvero storia di episodio/i di anafilassi in cui non è riconoscibile la causa scatenate)**

	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	MO_AFODI _11	
Modulo Area Funzionale di Radiologia per richiesta esame RM		Rev. 02 Agosto 2019	Pagina 2 di 2

Premedicazione in caso di pregressa reazione allergica o pseudo-allergica a MdC

FARMACI	13 ore prima dell'esame	7 ore prima dell'esame	1 ora prima dell'esame
PREDNISONE 25 mg o METILPREDNISOLONE 16 mg + CETIRIZINA 10 mg	2 cp OS	2 cp OS	2 cp OS 1 cp OS
<i>oppure</i>			
METILPREDNISOLONE 40 mg + CLORFENAMINA 10 mg	1 fl EV	1 fl EV	1 fl EV 1 fl EV

Premedicazione in caso di angioedema ricorrente, mastocitosi o anafilassi idiopatica

FARMACI	12 ore prima dell'esame	2 ore prima dell'esame	1 ora prima dell'esame
PREDNISONE 25 mg o METILPREDNISOLONE 16 mg + CETIRIZINA 10 mg	2 cp OS	2 cp OS	1 cp OS
<i>oppure</i>			
METILPREDNISOLONE 40 mg + CLORFENAMINA 10 mg + MONTELUKAST 10 mg	1 fl EV	1 fl EV	1 fl EV 1 cp OS

Premedicazione in caso di esame in urgenza, orticaria in atto o asma bronchiale sintomatico

FARMACI	Subito prima dell'esame
IDROCORTISONE 200 mg + CLORFENAMINA 10 mg	1 fl EV 1 fl EV

Data

Firma del Medico richiedente
