



RACCORDO ANAMNESTICO
RISONANZA MAGNETICA CON MEZZI DI CONTRASTO
(Riservata al Medico curante / richiedente)

DATI DEL PAZIENTE

NOME _____ NATO IL ____ / ____ / ____
TIPO D'ESAME _____

Gentili Colleghi, in merito alla Vostra richiesta di esami diagnostici che implicano la somministrazione di Mezzi di Contrasto e coerentemente con i documenti intersocietari SIRM-SIAAIC 2018 e SIRM-SIAARTI 2019, i Medici Radiologi ed i Medici Anestesisti di questo centro diagnostico, vi invitano alla massima collaborazione per l'inquadramento clinico del paziente.

Vi chiediamo pertanto, di leggere attentamente l'informativa sottostante e per quei pazienti che possono sottoporsi all'esame col mezzo di contrasto, ci vengano fornite tutte le informazioni contenute nei riquadri 1, 2 e 3.

1

L'esame richiesto non presenta controindicazioni note al momento della prescrizione e pertanto si ritiene che possa essere eseguibile in struttura di specialistica ambulatoriale.

- Esami da eseguire per la somministrazione del MdC: **CREATININEMIA**
- In pazienti che devono eseguire esame con MdC è sempre raccomandata, nelle 24 ore precedenti e nelle 24 ore successive, una buona idratazione (bere almeno 2 litri d'acqua al giorno).
- Nel caso di pazienti diabetici in trattamento con metformina, con l'utilizzo di mezzo di contrasto paramagnetico **NON** è **NECESSARIO** sospenderne l'assunzione.

ATTENZIONE: L'esame non deve essere antecedente ai 3 mesi rispetto alla data di esecuzione dell'indagine RM. Si raccomanda il digiuno assoluto almeno 6 ore prima dell'indagine RM (l'acqua e i farmaci abitualmente assunti, possono essere regolarmente ingeriti).

La mancata osservanza di queste indicazioni non consentirà l'esecuzione dell'esame RM con MdC.

Per garantire la massima sicurezza dell'utenza, in questa struttura l'iniezione di mezzi di contrasto è sempre supportata dalla presenza del Medico Anestesista Rianimatore.

Il presente documento è disponibile sul sito web: www.studioecorad.it



RACCORDO ANAMNESTICO
RISONANZA MAGNETICA CON MEZZI DI CONTRASTO
(Riservata al Medico curante / richiedente)

2

In condizione di anafilassi idiopatica comunemente nota come diatesi allergica a vari agenti (molluschi, frutta, polvere, farmaci o altro), il medico curante dovrà segnalarlo alla struttura su questo modulo, tale circostanza renderà necessaria l'adozione di un protocollo di premedicazione antiallergico concordato con i medici della struttura, iniziando almeno 12 ore prima.

Protocollo antiallergico necessario: Si No

Eventuali ulteriori indicazioni: _____

3

Nei casi in cui, le condizioni clinico anamnestiche, attestino la presenza di:

- comprovato e documentato episodio di **reazione allergica ai mezzi di contrasto**
- forme gravi di **insufficienza epatica**
- forme gravi di **insufficienza cardio-vascolare**
- forme gravi di **insufficienza renale** (eGFR < di 30ml/min/1.73m²)
- **comorbidità e fattori di rischio** (Asma bronchiale sintomatica in atto, Orticaria in atto, Mastocitosi)
- **allergia al latte**

È opportuno che i pazienti si rivolgano alle **Strutture Ospedaliere con annessa rianimazione**, per valutare la possibilità di sottoporsi all'indagine contrastografica, seguendo un percorso diagnostico multidisciplinare che coinvolga anche la consulenza di un medico allergologo.

Prima dell'esecuzione di un esame, i Medici Radiologi della struttura, sono disponibili al colloquio con il Medico Prescrittore al fine di acquisire ogni ulteriore notizia utile per la sicurezza del paziente ed al buon fine dell'esame.

DATA _____ / _____ / _____

Per presa visione
IL MEDICO _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE

TEL. MOBILE _____ (opzionale)

Il presente documento è disponibile sul sito web: www.studioecorad.it