

<p>Sistema Socio Sanitario   Regione Lombardia  ASST Rhodense    PRC N. 13 – 11/2022  Modello 1</p>	<p style="text-align: center;"><b>NOTA INFORMATIVA n. 120</b></p> <p style="text-align: center;"><b>ENTERO RM</b></p> <p style="text-align: center;"><i>SC Radiologia -Diagnostica per Immagini</i></p>	<p style="text-align: center;">Etichetta paziente o cognome/nome/ data nascita</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
---	---	--

## ENTERO RISONANZA MAGNETICA (RM)

### **1. Descrizione/Finalità della procedura**

L'entero-risonanza è un particolare tipo di Risonanza Magnetica (RM), utile per la valutazione di patologie dell'intestino tenue, quali malattie infiammatorie croniche o neoplastiche, e per lo studio di sanguinamenti gastro-intestinali.

È considerato un esame diagnostico non invasivo: in base alle conoscenze attuali non comporta effetti biologici rilevanti e viene svolto in accordo alle norme e agli standard di sicurezza.

### **2. Modalità di esecuzione**

Il paziente viene posizionato supino su un lettino all'interno dell'apparecchiatura di Risonanza Magnetica (gantry), dove si generano i campi elettromagnetici che permettono la generazione delle immagini. Sull'addome verrà posizionata una bobina che consente di rilevare i segnali di radiofrequenza necessari per la metodica. Durante la durata dell'esame (30-45 minuti) il personale monitorerà il paziente attraverso una telecamera posta all'interno del gentry e il tecnico potrà interagire con il paziente mediante l'utilizzo di un microfono.

L'esame prevede di norma la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa. Pertanto, è necessario leggere l'informativa/questionario e firmare l'apposito consenso (**NI n. 116** mezzo di contrasto paramagnetico).

### **3. Prescrizioni/Preparazione necessaria/Raccomandazioni**

Per la corretta valutazione dell'intestino tenue è necessaria:

- Un'adeguata pulizia intestinale che si ottiene con lassativo - vedi preparazione prima dell'esame
- Una buona distensione delle anse, che si ottiene con la somministrazione per bocca di una soluzione a base di PEG (Poli-Etilen-Glicole o Macrogol disciolto in acqua)\*. In alcuni casi, per favorire la distensione delle anse può essere somministrato per via endovenosa un farmaco spasmolitico (es. Buscopan®).

*(Nota\* Controindicazioni PEG/Macrogol: Ipersensibilità verso uno dei componenti del prodotto. Forme occlusive o stenotiche dell'intestino, stasi gastrica, ileo paralitico, perforazione gastrointestinale, colite acuta, megacolon tossico. Soggetti sotto 20 kg di peso. Va somministrato con particolare cautela in pazienti gravemente cardiopatici o gravemente nefropatici; in pazienti con riflesso della deglutizione e stato mentale compromesso, per il rischio di aspirazione da rigurgito. Non utilizzare il prodotto nel dubbio di lesioni ostruenti il lume intestinale o se sono presenti forti dolori addominali, nausea e/o vomito).*

#### **Il giorno prima dell'esame è necessario:**

- assumere un lassativo a base di Polietilenglicole - Macrogol (ColonPeg, Selg Esse, Isocolan )\*\* da acquistare in farmacia. Si tratta di un prodotto specificatamente indicato per la preparazione intestinale. Questo tipo di lassativo, nella posologia indicata, è un semplice emolliente delle feci e pertanto, in molti casi, non porta ad un aumento della frequenza di evacuazione
- fare colazione con 2-3 fette biscottate; tè o caffè dolcificati a piacere (senza latte)
- a pranzo alimentarsi con minestrina in brodo, pollo o pesce lessi o al vapore
- dalle ore 16.00 assumere la soluzione lassativa (\*\*)

**(Rif. Consensi informati SIRM 2015)**

Nota Informativa approvata da: Direttore Dipartimento Area dei Servizi

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Rhodense</p> <p>PRC N. 13 – 11/2022 Modello 1</p>	<p><b>NOTA INFORMATIVA n. 120</b></p> <p><b>ENTERO RM</b></p> <p><i>SC Radiologia -Diagnostica per Immagini</i></p>	<p>Etichetta paziente o cognome/nome/ data nascita</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
---	---	--

- a cena assumere una dieta liquida (brodo di carne, tè, camomilla, tisane dolcificate a piacere).

**(Nota\*\*)** **Preparazione della soluzione lassativa:** sciogliere 2 buste di Polietilenglicole - Macrogol (ColonPeg, Selg Esse, Isocolan ) in 1,5 litri di acqua tiepida e agitare bene. La soluzione può essere raffreddata. Non aggiungere aromi; si consiglia di bere rapidamente 250 mL di soluzione (corrispondenti circa a 2 comuni bicchieri da cucina) ogni venti minuti, fino a esaurimento: l'assunzione richiede in totale circa 2 ore.

**Il giorno dell'esame è necessario:**

- fare colazione con tè o caffè dolcificati a piacere (no latte);
- presentarsi in radiologia 2 ore prima dell'esame per completare la preparazione (in radiologia le verrà somministrata una ulteriore soluzione PEG).
- portare 2 bustine di Polietilenglicole - Macrogol (ColonPeg, Selg Esse, Isocolan )
- portare con sé tutta la documentazione clinica e gli esami diagnostici precedenti e inerenti il distretto anatomico da indagare (RM, TC, radiografie, ecografie), visita del gastroenterologo.

**In radiologia verrà completata la preparazione:**

Le verrà chiesto di bere in 10 minuti una soluzione di 2 litri d'acqua nella quale sono state sciolte le 2 bustine di Polietilenglicole – Macrogol; l'esame verrà eseguito 1 ora dopo durante la quale dovrà camminare;

Nell'attesa è importante evitare l'evacuazione.

La preparazione intestinale è indispensabile per la buona riuscita dell'esame. Qualora avesse dei dubbi si consulti con il suo Medico Curante o con il reparto di radiologia.

Se Lei assume farmaci per via orale (ad esempio per il diabete o per l'ipertensione) è opportuno che continui ad assumerli anche il giorno dell'esame.

Al termine dell'esame lei potrà riprendere le normali attività ed alimentarsi regolarmente, salvo diversa indicazione da parte del Medico che segue la procedura.

È possibile provare una sensazione di gonfiore dopo l'esame che sparisce in genere spontaneamente.

Sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi statici di induzione magnetica e alle onde elettromagnetiche RF utilizzati per indagini diagnostiche mediante RM, **è prudente non effettuare l'esame durante il primo trimestre di gravidanza.**

**4. Rischi e complicanze/ Esiti temporanei o permanenti**

È normale che la somministrazione della soluzione a base di PEG possa dare un senso di ripienezza e necessità di evacuare.

Il medico si informerà se esistono controindicazioni alla somministrazione di Buscopan.

Esistono controindicazioni all'esecuzione di esami con Risonanza Magnetica e disagi dovuti alla sensazione di claustrofobia.

Ulteriori complicanze sono possibili in relazione all'iniezione di mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa.

Per questo motivo si richiede di leggere attentamente le informative e i consensi relativi all'esame di Risonanza Magnetica e somministrazione di mezzo di contrasto paramagnetico, consegnati in fase di prenotazione.

Rispetto alle informazioni di cui sopra, sono presenti condizioni che possono modificare il decorso e l'esito della

**(Rif. Consensi informati SIRM 2015)**

Nota Informativa approvata da: Direttore Dipartimento Area dei Servizi

<p>Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Rhodense PRC N. 13 – 11/2022 Modello 1</p>	<p><b>NOTA INFORMATIVA n. 120</b> <b>ENTERO RM</b> <i>SC Radiologia -Diagnostica per Immagini</i></p>	<p>Etichetta paziente o cognome/nome/ data nascita ----- -----</p>
---	---	--

procedura:

NO  SI  \_\_\_\_\_

---

**5. Alternative**

Enteroscopia. Videocapsula.

**6. Conseguenze in caso di rifiuto**

Mancata diagnosi.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente (o del rappresentante legale) per presa visione

\_\_\_\_\_

**CONTATTI UTILI:**

- SC Radiologia P.O. Rho: tel. 02/99430.3979; mail: segradr@asst-rhodense.it
- SC Radiologia P.O. Garbagnate: tel. 02/99430.2219; mail: SegreteriaRadg@asst-rhodense.it

U.O. \_\_\_\_\_ Presidio \_\_\_\_\_

Data...../...../.....

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

Data di nascita: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
<input type="checkbox"/> Tutore legale (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
<input type="checkbox"/> Genitori	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	

informato/i attraverso colloqui diretti con il Dr. \_\_\_\_\_,

relativamente a \_\_\_\_\_  
(DEFINIRE L'INTERVENTO E LATERALITÀ, SE APPLICABILE)

conseguente a \_\_\_\_\_ e in particolare dichiara/no:  
(DEFINIRE LA PATOLOGIA O IL SOSPETTO DIAGNOSTICO)

- di avere letto e compreso le informazioni contenute nella **NOTA INFORMATIVA** allegata che è stata consegnata e spiegata chiaramente;
  - di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento;
  - di essere stati messi al corrente:
1. delle modalità di effettuazione del trattamento, delle diverse modalità/tecniche possibili e relativi vantaggi e rischi;
  2. dei risultati conseguibili in termini di probabilità di successo, di benefici e limitazioni per la vita futura;
  3. di condizioni morbose concomitanti che possono costituire fattore di rischio;
  4. delle conseguenze temporanee e permanenti prevedibili;
  5. di eventuali ricadute nell'ambito della vita familiare e sociale e sulle attività occupazionali;
  6. di possibili problemi di recupero dopo l'intervento;
  7. di eventuali rischi e complicanze e della probabilità che avvengano e di come possano essere risolti;
  8. dell'eventuale possibilità di scelta fra cure diverse o diverse tecniche operatorie e i relativi vantaggi e rischi;
  9. delle eventuali patologie che con maggior probabilità potranno essere scoperte nel corso dell'intervento al fine di acquisire il Consenso Informato per il trattamento di esse;
  10. delle possibili conseguenze derivanti dal rifiuto dell'atto sanitario.

Dichiara/no pertanto di  **ACCETTARE, E DI NON AVERE ULTERIORI DOMANDE DA PORRE,**  **NON ACCETTARE**

di sottoporsi/sottoporre il proprio figlio/a beneficiato/a rappresentato/a sopraindicato all'intervento proposto.

Si impegna/no infine a eseguire i controlli necessari che verranno proposti e attenersi alle indicazioni che verranno fornite.

FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO DEL MEDICO

FIRMA DEL PAZIENTE  
GENITORI/TUTORE /RAPPRESENTANTE LEGALE

FIRMA DELL'INTERPRETE SCELTO  
(LEGGIBILE)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventuale **revoca** : data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma Medico \_\_\_\_\_