

 A.O. S.Croce e Carle Cuneo	 A.S.L. CNI	MOD <sub>RDG_INTERAZIENDALE</sub> 003 <b>PROTOCOLLI e PREPARAZIONI PER PRESTAZIONI DI RISONANZA MAGNETICA CHE PREVEDONO LA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PARAMAGNETICO</b>	Data di emissione: 18/12/2019  Revisione n. 00 Data ultima revisione: 18/12/2019
---	--	--	---

**PROTOCOLLI e PREPARAZIONI PER PRESTAZIONI DI RISONANZA MAGNETICA CHE PREVEDONO LA  
SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PARAMAGNETICO**

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_ nato il: \_\_\_\_\_

**Accertamenti a carico del Medico richiedente**

Paziente <b>a rischio</b> ovvero con <b>pregressa reazione allergica o simil-allergica</b> a seguito di indagine con MdC a base di gadolinio <b>IMPORTANTE</b> → se <b>“SI”</b> eseguire protocollo terapeutico di preparazione (allegato 1) e <b>contattare con adeguato anticipo il servizio di Radiologia per la programmazione dell’esame con assistenza anestesiológica</b>	SI	NO
Paziente <b>a rischio</b> ovvero con presenza di <b>asma bronchiale</b> o <b>orticaria-angioedema</b> non controllati dalla terapia farmacologica (se <b>SI</b> eseguire protocollo terapeutico di preparazione – allegato 1)	SI	NO
Paziente <b>a rischio</b> per mastocitosi (se <b>SI</b> eseguire protocollo terapeutico di preparazione – allegato 1)	SI	NO
Paziente <b>a rischio</b> per <b>pregressa anafilassi idiopatica</b> (ovvero storia di episodio/i di anafilassi in cui non è riconoscibile la causa scatenante) (se <b>SI</b> eseguire protocollo terapeutico di preparazione – allegato 1)	SI	NO
Paziente allergico al <b>Nichel</b> (se <b>SI</b> eseguire protocollo terapeutico di preparazione- allegato 1).	SI	NO

**Controindicazioni o precauzioni d’uso:**

*situazioni nelle quali il MdC a base di Gadolinio non deve essere somministrato o somministrato con particolare cautela:*

- Gravidanza
- Grave insufficienza renale (eGFR < 30 ml/min)

**PROTOCOLLO TERAPEUTICO PER PAZIENTI ALLERGICI AI METALLI**

(ALLEGATO 1)

<p><b>Per os:</b> PREDNISONONE 50 mg (o METILPREDNISOLONE 32 mg) → 13 ore prima dell’esame  → 7 ore prima dell’esame  → 1 ora prima dell’esame</p> <p>+ ANTISTAMINICO (es: CETIRIZINA 10 mg) 1 ora prima dell’esame.</p> <p style="text-align: center;"><b><u>IN ALTERNATIVA</u></b></p> <p><b>Per via intramuscolare o endovenosa:</b></p> <p>METILPREDNISOLONE 40 mg → 13 ore prima dell’esame  40 mg → 7 ore prima dell’esame  40 mg → 1 ora prima dell’esame</p> <p>+ ANTISTAMINICO CLORFENAMINA 10 mg → 1 ora prima dell’esame</p> <p>In caso di angioedema ricorrente, mastocitosi, anafilassi idiopatica aggiungere: Montelukast 10 mg.  Si consiglia copertura con gastroprotettore</p>
---



A.O. S.Croce e  
Carle Cuneo



A.S.L. CNI

MOD<sub>RDG\_INTERAZIENDALE</sub>003  
**PROTOCOLLI e PREPARAZIONI PER PRESTAZIONI DI  
RISONANZA MAGNETICA CHE PREVEDONO LA  
SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO  
PARAMAGNETICO**

Data di emissione:  
18/12/2019

Revisione n. 00  
Data ultima revisione:  
18/12/2019

**SCHEMI DI PREPARAZIONE:**

**1 → RM ADDOME SUPERIORE E ADDOME COMPLETO**

GIORNO DELL'ESAME: Digiuno 6 ore prima dell'esame (se l'esame viene eseguito al pomeriggio si può consumare una colazione leggera).

Si può bere acqua non gasata fino a due ore prima dell'esame

**2 → RM ADDOME INFERIORE**

GIORNO DELL'ESAME: Digiuno 6 ore prima dell'esame (se l'esame viene eseguito al pomeriggio si può consumare una colazione leggera).

Si può bere acqua non gasata fino a due ore prima dell'esame

2 ORE PRIMA: Eeguire microclisma.

**3 → RM TRANSITO o ENTERO-RM**

NEI TRE GIORNI PRECEDENTI L'ESAME: Seguire una dieta priva di fibre (non mangiare frutta verdura, legumi, pasta e pane – si possono consumare carne, pesce, uova, latte e latticini)

IL GIORNO PRECEDENTE: Assumere 15 gr di solfato di magnesio (nel pomeriggio).  
Bere molta acqua - cena leggera e possibilmente liquida.

MATTINO DELL'ESAME: Digiuno (6 ore per i cibi e 2 ore per i liquidi)

**Il Paziente dovrà presentarsi presso la segreteria della Risonanza Magnetica, munito di impegnativa, creatininemia incluso eGFR recente (max 1 mese) e tutta la documentazione (precedenti radiologici, visite specialistiche, relazioni mediche, esami ematici ecc.).**

**Il valore di creatininemia è:**

**Il valore di filtrato eGFR è:**

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Medico Richiedente: \_\_\_\_\_