

**SCHEDA INFORMATIVA E DI CONSENSO ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA**

Data \_\_\_\_\_

Il paziente

<b>COGNOME e NOME</b>	
<b>Nato/a a</b>	
<b>In data</b>	

[EVENTUALE] Per il paziente qui sopra indicato, il sottoscritto

<b>COGNOME</b>			
<b>NOME</b>			
<b>Nato/a a</b>	Prov.		
<b>In data</b>		<b>Co d. Fis</b>	

in qualità di suo

genitore    care giver    tutore    curatore    amministratore di sostegno    (altro) \_\_\_\_\_

**CHE COS'È**

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che **non utilizza radiazioni ionizzanti** o sostanze radioattive. 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**

Viene utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico dell'encefalo e della colonna vertebrale, dell'addome, pelvi, dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico (articolazioni, osso, tessuti molli).

**COME SI EFFETTUA**

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene sdraiato su un lettino e in relazione al tipo di organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare, queste non provocano dolore o fastidio essendo appoggiate all'esterno del corpo. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio.

## **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**

I pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono collaborare con il Medico (Responsabile della Prestazione Diagnostica) al fine di una corretta compilazione di un apposito "questionario anamnestico" utile ad di 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 ed 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 ESAME RM**

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame che, per le sue valutazioni, si avvale anche delle risposte fornite dal paziente o dal tutore legale (ad esempio in caso di minore).

SI	NO	Ha eseguito in precedenza esami RM?	SI	NO	Soffre di claustrofobia?
SI	NO	Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO	Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?
SI	NO	È stato vittima di traumi da esplosioni?	SI	NO	È in stato di gravidanza certa o presunta?
SI	NO	Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto?	SI	NO	Ha subito interventi chirurgici?

Testa \_\_\_\_\_

Addome \_\_\_\_\_ Collo \_\_\_\_\_

Estremità \_\_\_\_\_ Torace \_\_\_\_\_ Occhi \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

È portatore di:

SI	NO	Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	SI	NO	Schegge o frammenti metallici?
SI	NO	Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	SI	NO	Valvole cardiache?
SI	NO	Stents?	SI	NO	Defibrillatori impiantati?
SI	NO	E' affetto da Diabete?	SI	NO	Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?

SI	NO	Derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO	Dispositivo intrauterino (IUD)?
SI	NO	Protesi metalliche (per pregresse fratture, etc.), viti, chiodi, filo, etc...?	SI	NO	Protesi dentarie fisse o mobili?
SI	NO	Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?	SI	NO	Altre protesi? Localizzazione _____
SI	NO	Sta utilizzando cerotti medici ?	SI	NO	È portatore di protesi del cristallino?
SI	NO	Presenza tatuaggi? Localizzazione _____	SI	NO	È portatore di piercing? Localizzazione _____
			SI	NO	È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?

SI NO Portatore di dispositivi di cui non si conoscano le caratteristiche (casa produttrice, tipo e data impianto) e/o la sicura compatibilità magnetica

**Per effettuare l'esame RM occorre togliere:**

eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta erniaria - fermagli per capelli - mollette - occhiali - gioielli - orologi - carte di credito o altre schede magnetiche - coltelli tascabili - ferma soldi - monete - chiavi - ganci - automatici - bottoni metallici - spille - vestiti con lampo - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.

Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

**IL MEDICO RADIOLOGO**

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

**AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM**

Firma del Medico Radiologo \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA**

SI

NO

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

**Espressione del CONSENSO INFORMATO all'esecuzione dell'indagine RM  
IL PAZIENTE**

Ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame.

Firma del paziente (\*) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

(\*)In caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.