



INFORMAZIONE PER IL PAZIENTE E CONSENSO INFORMATO PER ESAME RISONANZA MAGNETICA

Questo modulo raccoglie le informazioni necessarie al corretto espletamento dell'esame richiesto. Si prega di leggerlo e compilarlo con attenzione. Il paziente avrà cura di consegnarlo al personale sanitario il giorno dell'esame.

CHE COS'È'

La Risonanza Magnetica (RM) è una metodica diagnostica che utilizza campi magnetici e onde elettromagnetiche. È 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, 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. Il paziente viene sdraiato su un lettino e in relazione al tipo d'organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare; queste non provocano nessun fastidio essendo appoggiate sul 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, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori che possono sospendere o interrompere l'esame.

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

Il **paziente**, prima di sottoporsi all'esame Rm, **deve compilare il consenso informato con il medico curante** al fine di escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

L'esame viene eseguito da un Tecnico Sanitario di Radiologia Medica appositamente formato.

Si raccomanda quanto segue:

- depositare ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, chiavi orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito etc);
- togliere eventuali protesi dentarie mobili e apparecchi per l'udito;
- togliere lenti a contatto od occhiali;
- spogliarsi ed indossare eventualmente il camice fornito dal personale di servizio.
- evitare di truccare il viso e di utilizzare lacca per i capelli perché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini.

Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado d'immobilità, respirando regolarmente.

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad esempio per l'ipertensione o il diabete).

Non è necessario il digiuno per gli esami RM senza mezzo di contrasto.



CONSENSO INFORMATO PER ESAME RISONANZA MAGNETICA

A CURA DEL MEDICO CURANTE

QUESTIONARIO RMN (compilare completamente e correttamente in ogni sua parte)

Cognome _____ Nome _____ nata/o il _____

Medico curante _____ tel. _____

Quesito clinico _____ Esame prescritto _____

(Se utente ricoverato/a) Unità operativa _____ Cartella n° _____

Anamnesi positiva per:

Soffre di claustrofobia? SI NO

Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore o carrozziere? SI NO

Ha mai subito incidenti stradali o di caccia? SI NO

E' stato vittima da traumi da esplosione? SI NO

Ha subito interventi chirurgici su: **Testa** _____ **Collo** _____ **Torace** _____

Addome _____ **Estremità** _____ **Occhi** _____ **Altro** _____

E' portatore di:

Pace maker o altro tipo di cateteri cardiaci? SI NO

Clips (punti metallici) su aneurismi (vasi sanguigni) aorta o cervello? SI NO

Valvole cardiache? SI NO

Distrattore (protesi) della colonna vertebrale? SI NO

Pompa di infusione di insulina o altri farmaci? SI NO

Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito? SI NO

Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SI NO

Catetere spinale o ventricolare (in pazienti affetti da idrocefalo) SI NO

Protesi metalliche (pregresse fratture, interventi articolari correttivi, etc) viti, chiodi, fili etc. SI NO

Eventuale localizzazione _____

Protesi dentarie fisse? SI NO Mobili? SI NO Protesi del cristallino? SI NO

Schegge o frammenti metallici? SI NO E' portatore di piercing, tatuaggi, cerotti medicati? SI NO

E' affetto da anemia falciforme (anemia mediterranea) con ematocrito elevato? SI NO

E' sottoposto a dialisi? SI NO

Per le donne:

E' in stato di gravidanza? SI NO Data ultime mestruazioni? _____

Porta spirale endouterina (IUD) SI NO

N.B.: in caso di paziente con peso superiore a 135Kg e circonferenza massima torace superiore a 105cm, NON sarà possibile effettuare l'indagine diagnostica richiesta

Il personale del Servizio di Radiologia è a disposizione per ogni chiarimento, contattando telefonicamente dalle 9:00 alle 11:00 dal Lunedì al Venerdì, il numero: 0415071641.

Data: _____ **Timbro e firma del Medico Curante** _____

Data: _____ **Firma del Paziente** _____



A CURA DEL PAZIENTE

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE

Io sottoscritto nato il ritengo di essere stato sufficientemente informato sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e reso consapevole:

- che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio in base alle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi/complicanze eventuali per la salute (temporanei e permanenti);

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto e valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**
ALLA ESECUZIONE DELL'ESAME RICHIESTO

Data: _____

Firma del paziente o del titolare del consenso (genitore o tutore legale) _____

A CURA DEL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME RISONANZA MAGNETICA

In base ai dati forniti il paziente è dichiarato IDONEO all'esecuzione dell'esame di Risonanza Magnetica

Data: _____

Timbro e firma del Medico Radiologo _____