



## 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, eccetto casi di urgenza e con particolare attenzione al principio di giustificazione.

### **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.

L'esame ha una durata media di 30 minuti ma può variare in relazione a esigenze cliniche e al numero di distretti anatomici da esaminare. 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**, può essere sottoposto all'esame RM, previa esclusione di ogni possibile controindicazione verificata attraverso la compilazione del **questionario anamnestico di accesso alla Risonanza Magnetica**, riportato di seguito, e previa sottoscrizione del **consenso informato**.

**Prima** dell'esame si chiede di :

- 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.
- indossare il camice monouso e i tappi auricolari forniti dal personale di servizio (su richiesta)

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

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

**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). Sono previsti strumenti di comunicazione con il personale che è sempre presente durante l'esame. In qualsiasi momento l'esame può essere sospeso. Non è prevista alcuna controindicazione alla ripresa delle normali attività dopo l'esame.



## QUESTIONARIO ANAMNESTICO DI ACCESSO ALLA RMN

### Compilazione a cura dell'equipe RMN

#### Dati del Paziente

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Residenza \_\_\_\_\_  
 Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_  
 Indagine richiesta \_\_\_\_\_ Medico richiedente \_\_\_\_\_

#### 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 di 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) e *stent* su aneurismi (vasi sanguigni) aorta o cervello? SI  NO   
 Valvole cardiache ? SI  NO   
 Distrattore (protesi) della colonna vertebrale? SI  NO   
 Defibrillatori, Pompe 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 (specificare) \_\_\_\_\_  
 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   
 Ritene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe non esserne a conoscenza? SI  NO

#### Per le donne:

E' in stato di gravidanza certa o presunta? SI  NO   
 E' portatrice di dispositivi intrauterini/ spirale (IUD) SI  NO

**ATTENZIONE: in caso di paziente con peso superiore a 135 Kg e circonferenza massima torace superiore a 105 cm, 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.

**II MEDICO RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME RISONANZA MAGNETICA**  
 preso atto delle risposte fornite dal soggetto ed espletati tutti gli accertamenti del caso  
 autorizza l'accesso al sito Risonanza Magnetica

Data: \_\_\_\_\_ Timbro e firma del Medico Radiologo \_\_\_\_\_

### 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) legati all'esposizione a campi elettromagnetici;

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/esercente la potestà genitoriale/tutore legale/ amm. di sostegno)