

## MODULO INFORMATIVO PER ESAME RM

### CHE COS'E'

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 straiato 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, ad eccezione delle bobine endorettali. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio.

Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa.

### COSA PUO' 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 un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame.

### 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" (diseguito riportato) utile ad di escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

Si raccomanda quanto segue:

- depositare nello spogliatoio o negli appositi armadietti 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 ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RM

### QUESTIONARIO ANAMNESTICO

#### DATI DEL PAZIENTE

Cognome	Nome
nato/a a	il
C.F.	Residente in:
Tel.	Peso (Kg) .....

Indagine richiesta:

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato per ogni paziente prima di essere sottoposto all'esame RM e firmato dal Medico Responsabile dell'esame. Risposte affermative ad uno o più quesiti possono comportare controindicazione anche assoluta all'esecuzione dell'esame RM. Si riportano, di seguito, i contenuti minimi consigliati del "questionario anamnestico" preliminare all'esecuzione dell'esame RM:

- 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
- E' stato vittima di traumi da esplosioni?  SI  NO
- E' in stato di gravidanza certa o presunta?  SI  NO
- Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto?.....  SI  NO
- Ha subito interventi chirurgici su:  SI  NO
  - testa .....
  - addome.....
  - collo.....
  - estremità.....
  - torace .....
  - occhi.....
  - altro.....
- E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?  SI  NO  
.....
- E' portatore di:
- 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
- Protesi valvolari cardiache? .....  SI  NO
- Stents? .....  SI  NO
- Defibrillatori impiantati? .....  SI  NO
- Distrattori della colonna vertebrale? .....  SI  NO
- Pompa per infusione per insulina o altri farmaci? .....  SI  NO
- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? .....  SI  NO
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? .....  SI  NO
- Altri tipi di stimolatori? .....  SI  NO
- Corpi intrauterini? .....  SI  NO
- Derivazione spinale o ventricolare? .....  SI  NO
- Protesi dentarie fisse o mobili? .....  SI  NO
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari etc.)  
viti, chiodi, filo etc.? Localizzazione .....  SI  NO
- Altre protesi? .....  SI  NO



- Ritieni di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe non essere a conoscenza? .....  SI  NO
- E' affetto da anemia falciforme? .....  SI  NO
- Protesi del cristallino? .....  SI  NO
- E' portatore di piercing? Localizzazione .....  SI  NO
- Presenta tatuaggi? .....  SI  NO
- Sta utilizzando cerotti medicali? .....  SI  NO

**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 RESPONSABILE DELL'ESAME RM**

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

Data

.....

**CONSENSO INFORMATO del paziente 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 minorenni è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.



## POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

**Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame;** alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Data.....

Firma del paziente .....

## CONSENSO ALLA PRESENZA DI ACCOMPAGNATORI IN SALA ESAMI

**Consenso del genitore/ accompagnatore** ad assistere il paziente in sala esami durante l'esecuzione dell'indagine RM

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame valutato il rapporto rischio / beneficio relativamente alla necessità di evitare la sedazione o altre procedure di preparazione pre-esame del paziente da sottoporre ad esame RM, acconsente l'opportunità da parte dell'accompagnatore volontario di poter assistere il paziente durante l'esecuzione dell'esame all'interno della sala esami, al fine di tranquillizzare e mantenere fermo il paziente e di garantire pertanto la possibile esecuzione dell'indagine.

Firma del paziente (\*)

Data

L'accompagnatore, espletati gli accertamenti anamnestici del caso richiesti dal medico responsabile dell'esame diagnostico, e preso atto dell'opportunità di poter assistere il paziente onde evitare inopportune o non possibili procedure di preparazione pre-esame sullo stesso, **accetta di esporsi volontariamente** ai rischi legati alla RM presenti durante l'esecuzione dell'esame (campi magnetici statici, variabili e radiofrequenze) a favore e benefici del paziente assistito.

Firma del genitore / accompagnatore volontario

## CONSENSO INFORMATO alla somministrazione di sedativi per anestesia

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione di sedativi per anestesia. Pertanto, reso edotto dal medico responsabile dell'esame diagnostico della valutazione dei rischi correlati / beneficio diagnostico, ne acconsente la somministrazione.

Firma del paziente (\*)

Firma del Medico Anestesista

Firma del Medico Radiologo