



## RISONANZA MAGNETICA SENZA MEZZO DI CONTRASTO

### Informativa e consenso

Cognome _____	Nome _____		
Nato/a a _____	il _____	Peso _____	Altezza _____
Residente a _____	Via _____		
Medico prescrittore _____	Medico curante _____		

**LEGGERE CON ESTREMA ATTENZIONE ED EVENTUALMENTE RIVOLGERSI AL MEDICO CURANTE/PRESCRITTORE PER LA PIENA COMPrensIONE DEI QUESITI RIPORTATI A PAG. 2**

**Esame richiesto** (riportare quanto specificato nell'impegnativa) \_\_\_\_\_

**CHE COS'È:** la Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive 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 di Risonanza Magnetica nelle donne 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, delle pelvi, dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico.

**COME SI EFFETTUA:** il paziente viene sdraiato su un lettino e, in relazione al tipo di organo da studiare, vengono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Per tale motivo vengono posizionate delle cuffie per attutire i rumori. **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).

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

**PER EFFETTUARE L'ESAME DI RM OCCORRE TOGLIERE:** eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, auricolari, 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 ed extension (capelli, ciglia).

Prima di sottoporsi all'esame asportare cosmetici dal viso e piercing rimovibili

#### DA COMPILARE IN CASO DI PAZIENTE RICOVERATO/DH, PRE E POST RICOVERO

**Il Medico di Reparto è tenuto a fornire tutte le informazioni relative alla corretta compilazione del questionario anamnestico**

Notizie cliniche e quesito diagnostico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unità Operativa \_\_\_\_\_

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma del Medico di reparto \_\_\_\_\_



**QUESTIONARIO ANAMNESTICO per l'ESAME di RISONANZA MAGNETICA**

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame. Deve essere letto attentamente e compreso in ogni sua parte. In caso di dubbi rivolgersi al proprio medico curante.

La correttezza delle risposte fornite al Personale dell'Equipe RM in fase di somministrazione del questionario è essenziale per il giudizio di idoneità alla esecuzione della indagine RM da parte del Medico Radiologo.

1. Ha eseguito in precedenza esami di Risonanza Magnetica?  SÌ  NO
2. Soffre di claustrofobia?  SÌ  NO
3. Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?  SÌ  NO
4. Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?  SÌ  NO
5. È stato vittima di traumi da esplosioni?  SÌ  NO
6. Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto?  SÌ  NO
7. Ha subito interventi chirurgici:  SÌ  NO  
 Se SÌ, specificare la regione anatomica e il tipo di intervento: \_\_\_\_\_
8. È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?  SÌ  NO
9. È portatore di (in caso di risposta positiva portare documentazione):
  - Schegge o frammenti metallici?  SÌ  NO
  - Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?  SÌ  NO
  - Valvole cardiache?  SÌ  NO
  - Stents?  SÌ  NO
  - Defibrillatori impiantati?  SÌ  NO
  - Distrattori della colonna vertebrale?  SÌ  NO
  - Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?  SÌ  NO
  - Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?  SÌ  NO
  - Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?  SÌ  NO
  - Altri tipi di stimolatori?  SÌ  NO
  - Dispositivo intrauterino (IUD)?  SÌ  NO
  - Derivazione spinale o ventricolare?  SÌ  NO
  - Protesi dentarie fisse o mobili?  SÌ  NO
  - Protesi metalliche (pregresse fratture, interventi correttivi, etc...), viti, chiodi, filo, etc...?  SÌ  NO
  - Pace Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?  SÌ  NO

**Se SÌ, contattare la Radiologia di competenza (Vedi numeri a pag. 1)**

- Altre protesi (es. espansore mammario, ...)?  SÌ  NO
- Localizzazione: \_\_\_\_\_

10. Ritieni di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza?  SÌ  NO
11. È portatore di protesi del cristallino?  SÌ  NO
12. Ha piercing non rimovibili?  SÌ  NO  
 Localizzazione \_\_\_\_\_
13. Presenta tatuaggi?  SÌ  NO  
 Localizzazione \_\_\_\_\_
14. Sta utilizzando cerotti medicali?  SÌ  NO

**Luogo, data**

**Firma Paziente/genitore/tutore/AdS**

**Il medico responsabile dell'esame RM, preso atto delle risposte fornite nel questionario anamnestico**

**AUTORIZZA**

**NON AUTORIZZA**

**L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM**

**Luogo, data**

**Firma del Medico responsabile dell'esecuzione dell'esame RM**

**CONSENSO del paziente all'esecuzione dell'indagine RM**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di:

paziente  genitore  tutore  amministratore di sostegno (AdS)

ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dalla apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite:

**ACCONSENTE**

**NON ACCONSENTE**

**ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME**

Dichiaro di  **NON essere**

**essere in stato di gravidanza certa o presunta (solo se applicabile)**

**Luogo, data**

**Firma Paziente/genitore/tutore/AdS**