

## Servizio DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

# SCHEDA INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Quesito clinico \_\_\_\_\_

*Gentile utente,*

*prima di sottoporsi all'esame di RM Le consigliamo di leggere le seguenti note che potranno aiutarla ad effettuare con maggior sicurezza e serenità questo esame.*

L'indagine di Risonanza Magnetica sfrutta un **campo magnetico intenso** e onde radio per creare immagini del corpo. L'elevata intensità del campo magnetico esercita, come una potente calamita, una forte attrazione su materiali ferromagnetici di cui Lei può essere portatore (per esempio, schegge o punti di sutura metallici), con conseguente possibilità di creare effetti indesiderati.

La **compilazione del seguente questionario** permette di individuare situazioni a rischio di tali possibili evenienze.

E' prudente escludere le **gestanti**, in particolare nel primo trimestre di gravidanza, anche se non è stata comprovata la sensibilità dell'embrione ai campi magnetici e alle radiofrequenze utilizzate per tali indagini.

L'indagine di RM richiede un tempo medio di circa 30 minuti, durante i quali Le chiediamo di mantenere l'**assoluta immobilità**. Movimenti anche piccoli possono compromettere seriamente la qualità dell'esame. Durante l'esame la macchina provocherà un rumore ritmico causato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura.

Nella Nostra struttura siamo forniti di apparecchiatura per Risonanza Magnetica dedicata alle **piccole articolazioni** (spalla, gomito, polso, mano, ginocchio, caviglia e piede), perciò di tipo "open", cioè aperta: Lei non verrà inserita in nessun tunnel e sarà sempre in gradi di vedere e comunicare con l'ambiente circostante.

Le raccomandiamo di lasciare nello spogliatoio tutti gli oggetti metallici (fermagli per capelli, forcine, mollette, occhiali, fibbie, orologio, chiavi etc.), tesserini magnetici, carte di credito.

**Al momento dell'esame esibisca al tecnico che eseguirà la procedura tutta la documentazione clinica, radiologica e strumentale relativa ad accertamenti precedentemente eseguiti, anche in altre strutture.**

**Eventuali terapie farmacologiche non vanno sospese.**

L'esame di Risonanza Magnetica è, allo stato attuale delle conoscenze, innocuo per l'organismo umano. Tuttavia, in alcuni casi, l'esame può provocare importanti effetti indesiderati e non può essere eseguito (gruppo "A"), mentre in altri casi può essere eseguito tranquillamente solo dopo valutazione medica o con alcune avvertenze (gruppo "B").

Per individuare situazioni a rischio e garantire la più totale sicurezza è necessario compilare il seguente questionario.

### GRUPPO "A" (RM NON ESEGUIBILE)

Portatore di Pace maker o defibrillatore interno	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Protesi cocleari (orecchio interno)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Neurostimolatori o stimolanti di crescita ossea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Protesi oculari magnetiche	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**GRUPPO “B” (NECESSARIA VALUTAZIONE MEDICA O AVVERTENZE)**

Portatore di Clips vascolari*	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Protesi o viti ortopediche	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Protesi al cristallino*	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Protesi otologiche (orecchio medio)*	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Espansori mammari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Protesi valvolari cardiache*	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Protesi peniene*	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Impianti oculari (molle palpebrali, punti retinici)*	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Punti metallici da intervento*	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Schegge metalliche, proiettili	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Frammenti metallici intraoculari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cateteri di derivazione spinale o ventricolare*	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cateteri vascolari, filtri e stent*	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tatuaggi estesi	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Spirale intrauterina (IUD)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Pompe per infusione di farmaci non compatibili	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Gravidanza accertata o presunta	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Anemia falciforme	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Asma e allergie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Eventuali interventi chirurgici (specificare)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

\* In caso di risposta affermativa è necessario fornire documentazione di compatibilità magnetica da parte della struttura che ha effettuato l'intervento.

Dichiaro di aver risposto con precisione alle domande sopra elencate.

Dichiaro di essere stato adeguatamente informato sull'indagine che devo effettuare ed esprimo a tal fine il mio consenso.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Paziente \_\_\_\_\_

**A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE:** in base ai dati anamnestici forniti dal paziente e ai dati clinici attualmente in mio possesso non si rilevano discrepanza rispetto a quanto sopra dichiarato.

Data \_\_\_\_\_ Firma e Timbro del Medico Richiedente \_\_\_\_\_