

ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA

Nota Informativa

Gentile paziente Sig./Sig.ra: **Cognome e Nome Nato a in data**

DI COSA SI TRATTA

Questa metodica è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti (raggi X) o sostanze radioattive bensì un campo magnetico e radiofrequenze. 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 RMN durante il primo trimestre di gravidanza.

COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene sdraiato sul lettino dell'apparecchiatura e, in relazione al tipo di organo da studiare, vengono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare, che non provocano dolore o fastidio. Durante l'esame sentirà dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Per tutto il tempo è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente. Le condizioni di illuminazione e ventilazione sono regolate per assicurare il massimo comfort possibile. Il tempo necessario all'esecuzione dell'esame (in media 20-40 min), può prolungarsi in rapporto alla valutazione di vari parametri. Le sarà possibile in ogni momento comunicare con l'operatore.

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 l'operatore che Le presterà pronta assistenza.

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

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

Le sottoporremo un "questionario anamnestico" (di seguito riportato) necessario a escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

E' importante sapere che la Risonanza Magnetica impiega un intenso campo magnetico che esercita (come una calamita) forze attrattive sui materiali ferro-magnetici che Lei può avere con sé o nel Suo corpo.

PER EFFETTUARE L'ESAME NELLA MASSIMA SICUREZZA, LE RACCOMANDIAMO PERTANTO QUANTO SEGUE:

- **togliere tutti gli oggetti metallici** (fermagli per capelli, occhiali, gioielli, penne, orologi, carte di credito o comunque supporti magnetici, monete, abiti con cerniere lampo e/o bottoni e/o ganci metallici, cinture, ecc.);
- **togliere le protesi mobili** (apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, cintura sanitaria, lenti a contatto...);
- **indossare biancheria intima di cotone;**
- **indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio;**
- **utilizzare la cuffia o i tappi auricolari forniti dal personale di servizio;**
- **portare tutta la documentazione precedente** (clinica, laboratoristica e radiologica) inerente all'esame.

Si raccomanda di evitare il trucco del viso e lacca per i capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini.

Alle pazienti portatrici di dispositivo intra-uterino si consiglia visita ginecologica di controllo per verifica del corretto posizionamento dello stesso in seguito all'esame.

L'esame può rovinare i tatuaggi eventualmente presenti sulla pelle.

ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA

Questionario Anamnestico

Nel questionario che segue, Le vengono poste domande sul suo stato di salute, in modo da garantire l'espletamento dell'esame di RM in condizioni di sicurezza. Il personale è comunque disponibile ad integrare le notizie contenute nella presente scheda; si invita anzi ad avanzare eventuali dubbi prima di sottoporsi all'indagine.

Si prega di rispondere a tutte le domande indicate e di firmare il modulo come consenso libero e informato all'esecuzione dell'esame.

Ha subito interventi chirurgici su:	<input type="checkbox"/> testa	<input type="checkbox"/> addome	<input type="checkbox"/> collo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> estremità	<input type="checkbox"/> torace	<input type="checkbox"/> altro	
E' in stato di gravidanza? Data ultime mestruazioni _____				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' PORTATORE/PORTATRICE DI:				
Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Defibrillatori impiantati?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Derivazione spinale o ventricolare?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello, subdurali o altri tipi di stimolatori?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Catetere spinale o ventricolare (in pazienti affetti da idrocefalo)?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Schegge o frammenti metallici (in particolare negli occhi) dovuti a incidenti stradali, di caccia o in seguito ad esplosioni o dovuti all'attività lavorativa?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.) come viti, chiodi, fili..	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Clips (punti metallici) su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Valvole cardiache? Stents?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Distrattori (protesi) della colonna vertebrale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Spirali intrauterine (IUD)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protesi dentarie fisse o mobili?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protesi del cristallino?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Lenti a contatto?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Cerotti transdermici?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Piercing? Localizzazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tatuaggi? Localizzazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Attualmente sta allattando?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre di claustrofobia?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha mai sofferto o soffre di crisi epilettiche?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' a conoscenza di essere affetto da anemia falciforme?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Ho risposto al questionario in maniera precisa e veritiera, ho letto e compreso quanto sopra ed ho ottenuto risposta ad ogni mia richiesta o chiarimento.

Sono a conoscenza della possibilità di revocare il seguente consenso in qualsiasi momento prima dell'atto sanitario.

Io paziente, **Cognome e Nome Nato a in data**

Oppure

Io sottoscritto, (Cognome e Nome) _____ Nato a _____ il ____ / ____ / ____

in qualità di: Esercente la potestà genitoriale Tutore Amministratore di sostegno Legale rappresentante

**Recepite le informazioni ricevute ACCONSENTO NON ACCONSENTO
all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato**

Tricesimo, **Data**

Il medico responsabile della prestazione: Firma

Firma

Dott. Degano Gian Paolo

Dott. Rositani Pasquale

Dott.ssa Ulcigrai Veronica

Dott.ssa Cimino Elisa

Dott.ssa Budai Caterina

REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

REVOCA Il consenso all'effettuazione dell'atto sanitario su indicato

Data _____

Firma del paziente / genitore / tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante _____

Timbro e firma del radiologo responsabile _____