



AUTORIZZAZIONE ALL'ESECUZIONE DI
RISONANZA MAGNETICA

Mod12-
P Pren

(per eventuale utilizzo di mezzo di contrasto PARAMAGNETICO, si allegli relativo modulo Mod10-P Pren)

Pag. 1/2

Cognome e Nome: _____ data nasc.: _____
Esame richiesto: _____
Indicazioni cliniche _____

NOTA INFORMATIVA ESAME RM

Gentile Signore/a,

la **Risonanza Magnetica (RM)** è una tecnica diagnostica che utilizza un campo magnetico ad alta intensità ed onde elettromagnetiche a radiofrequenza.

L'**esame di base** (senza utilizzo di mezzo di contrasto endovenoso), non invasivo, non comporta, in base alle attuali conoscenze, effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni e viene svolto in accordo alle norme ed agli standard di sicurezza.

L'elevata intensità del campo magnetico esercita, come una potente calamita, una **forte attrazione su materiali ferromagnetici**, di cui Lei potrebbe essere portatore (ad es. schegge o punti di sutura metallici), con conseguente possibilità di creare effetti indesiderati.

Per le pazienti **in gravidanza (presunta o in atto)**: sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi statici di induzione magnetica ed alle onde elettromagnetiche a radiofrequenza, è prudente **non effettuare l'esame durante il primo trimestre**.

Prima dell'esame, dovrà **compilare il questionario che segue**, per individuare eventuali controindicazioni all'accesso alla stanza diagnostica e fornire il suo consenso all'indagine.

Per accedere alla stanza diagnostica è necessario:

- togliere eventuale trucco per il viso e lacca per capelli,
- depositare nello spogliatoio ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefono cellulare, monete, orologio, 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.

La **durata dell'esame** è molto variabile a seconda dei distretti da indagare e della complessità del caso e richiede un tempo medio non inferiore ai 20 minuti. Durante le fasi di acquisizione delle immagini l'apparecchiatura emetterà dei **rumori ritmici di intensità variabile**.

Per ottenere la migliore qualità delle immagini e non compromettere il risultato diagnostico, sarà necessario **mantenere il massimo grado di immobilità**, durante il corso dell'intero esame, respirando regolarmente; sarà costantemente monitorato visivamente dagli operatori, che saranno sempre presenti nella sala-comando, pronti ad intervenire in caso di necessità o su richiesta d'aiuto.

In caso di insorgenza di disturbi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento, potrà avvertire gli operatori utilizzando **l'apposito dispositivo di segnalazione**.

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'accesso in RM.

I portatori di protesi/impianti devono allegare le specifiche dei dispositivi o la dichiarazione dello Specialista esecutore dell'impianto, comprendente informazioni sull'eventuale compatibilità con il campo magnetico della RM

		si	no
Ha eseguito in precedenza esami RM?			
Soffre di grave claustrofobia?			
E' mai stato colpito da schegge metalliche, proiettili, pallini da caccia?			
Ha lavorato/lavora come fabbro, tornitore, saldatore o in altre professioni con impiego di materiali metallici?			
E' portatore di:	Clips vascolari ferromagnetiche intracraniche?		
	Catetere di Swan-Ganz?		
	Neurostimolatori o stimolatori di crescita ossea?		
	Pace-maker o defibrillatore interno?		
	Port-a-cath non RM-compatibili?		
	Protesi cocleari (orecchio interno)?		
	Protesi oculari magnetiche?		
E' portatore di:	Cateteri di derivazione spinale o ventricolare?		
	Clips endocraniche?		
	Collari o dispositivi di fissaggio vascolari?		
	Filtri vascolari o stents?		
	Impianti oculari?		
	Pearcing?		
	Protesi o viti ortopediche		
	Protesi otologiche (orecchio medio)?		
	Protesi mammarie o espansori?		
	Protesi valvolari cardiache?		
	Protesi peniene?		
	Punti metallici da pregresso intervento?		
	Spirale intrauterina o diaframma contraccettivo? Si ricorda di contattare lo specialista ginecologo, dopo l'esame		
	Tatuaggi estesi o trucco permanente?		
E' in stato di gravidanza presunta o in atto? Settimana di gestazione? ___			
E' affetto da anemia falciforme?			

A cura del medico prescrivente: non si rilevano discrepanze tra i dati anamnestici forniti dal paziente ed i dati clinici in mio possesso

Data __/__/__

Firma: _____

A cura del paziente: dopo aver riflettuto sulle informazioni ricevute, dopo aver preso visione della nota informativa ed aver risposto con precisione alle domande sopra elencate, accetto di sottopormi all'esame proposto:

Data __/__/__

Firma: _____

A cura del medico radiologo: avendo puntualmente verificato quanto sopra riportato, autorizzo l'esecuzione dell'esame

Data __/__/__

Firma: _____