

Cognome .....

Nome .....

nato/a il .....

o etichetta del paziente

## NOTA INFORMATIVA PER ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA

### **CHE COS'È**

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 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.

### **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" (di seguito riportato) utile ad 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, ecc.),
- 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

Ha eseguito in precedenza esami RM?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre di claustrofobia?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È stato vittima di traumi da esplosioni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È in stato di gravidanza certa o presunta? Data ultime mestruazioni .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha subito interventi chirurgici su: <input type="checkbox"/> Testa <input type="checkbox"/> Addome <input type="checkbox"/> Collo <input type="checkbox"/> Estremità <input type="checkbox"/> Torace <input type="checkbox"/> Occhi <input type="checkbox"/> Altro ..... – Se sì, specificare .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È portatore di:	
- Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Schegge o frammenti metallici?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Valvole cardiache?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Stents?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Defibrillatori impiantati?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Distrattori 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 udito?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Altri tipi di stimolatori?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Dispositivo intrauterino (IUD)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Derivazione spinale o ventricolare?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Protesi dentarie fisse o mobili?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
- Altre protesi? Localizzazione .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È portatore di protesi del cristallino?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
È portatore di piercing? Localizzazione .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Presenta tatuaggi? Localizzazione .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sta utilizzando cerotti medicali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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.

**II 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**

Data .....

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

### 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.

Data ..... **Firma del paziente\*** .....

\* In caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.