

COGNOME:

NOME:

DATA DI NASCITA:

INDIRIZZO:

ESAME RM RICHIESTO:

<spazio per barcode e CF>

MEDICO INVIATE:

NOTA INFORMATIVA RELATIVA ALL'ESAME RM

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive ma sfrutta l'impiego di intensi campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radio frequenze (RF). In alcuni tipi di indagine essere somministrato al paziente, per via endovenosa, il mezzo di contrasto con proprietà paramagnetiche. Ad eccezione di tali casi, la RM si configura come un esame diagnostico non invasivo.

L'esame RM, 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. Sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi statici di induzione magnetica e alle onde elettromagnetiche RF, è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti durante il primo trimestre di gravidanza.

Nel corso dell'esame RM è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse. L'evenienza più probabile è rappresentata da una crisi di claustrofobia a carattere passeggero. L'impiego del mezzo di contrasto paramagnetico è generalmente tollerato e non provoca alcuna sensazione particolare. Raramente possono comunque verificarsi episodi di ipersensibilità come orticaria o altri fenomeni allergici. In casi rarissimi sono stati riportati episodi di shock anafilattico. Il sito RM garantisce sempre la presenza di personale medico specializzato pronto ad intervenire in caso di emergenze mediche di tale genere.

ESECUZIONE DELL'ESAME RM

I pazienti possono essere sottoposti all'esame RM solo previa esclusione di ogni possibile controindicazione, da accertarsi a cura del Medico Radiologo (MR) e del tecnico sanitario di radiologia medica (TSRM), previo utilizzo del questionario anamnestico e del modulo di consenso informato. Per effettuare l'esame RM è necessario che il paziente:

- Tolga eventuale trucco per il viso e lacca per capelli;
- Depositi 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.);
- Tolga eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito;
- Tolga lenti a contatto od occhiali;
- Si spogli, e successivamente indossi l'apposito camice monouso fornito dal personale tecnico;
- Utilizzi la cuffia o gli appositi tappi auricolari fornitigli.

La durata media dell'esame RM è approssimativamente pari a 30 minuti, può variare in relazione alle esigenze cliniche e al numero di distretti anatomici da esaminare. Durante la fase di acquisizione dati, sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchiatura RM. Le condizioni di ventilazione, illuminazione e temperatura sono tali da assicurare il massimo benessere, e ridurre possibili effetti claustrofobici. Durante la fase di esame è necessario rimanere tranquilli e mantenere il massimo grado di immobilità per non compromettere il risultato diagnostico dell'immagine. La respirazione regolare e la deglutizione della saliva non disturbano l'esame. In alcuni tipi di indagine può essere richiesto al paziente di collaborare mediante atti respiratori e brevi periodi di apnea al fine di migliorare la qualità diagnostica delle immagini.

Nella sala comando è sempre presente personale di servizio pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità. Il paziente è sempre in contatto vocale, acustico e visivo con gli operatori, che eseguono un controllo costante durante tutta la fase di esame. In caso di insorgenza di disturbi, come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento, è opportuno che il paziente avverta quanto prima il personale, utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione.

QUESTIONARIO PRELIMINARE

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi. Tale questionario deve essere attentamente compilato e firmato dal Medico Responsabile della Prestazione Diagnostica, il quale, in relazione alle risposte fornite dal paziente, può concludere che non sussistano controindicazioni all'esame RM. La controfirma del paziente a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce, anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze derivanti da risposte falsi o mendaci ai quesiti sottopostigli.

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ○ È dotato di pacemaker, altri cateteri cardiaci o valvole cardiache? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ○ È portatore di protesi acustiche o impianti cocleari? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ○ Ha eseguito in precedenza esami RM? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ○ Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ○ Soffre di claustrofobia? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ○ Lavora o ha mai lavorato in officine meccaniche? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

- Ha mai subito incidenti stradali o di caccia? SI NO
- La paziente è in stato di gravidanza? Se SI, di quante settimana? _____ SI NO
- La paziente porta la spirale o altri corpi intrauterini? SI NO
- Ha subito interventi chirurgici di rilievo (testa, collo, torace, addome, estremità, altro) SI NO
Se SI, specificare che interventi _____
- Ha clips chirurgiche, stent vascolari o schegge metalliche? SI NO
- Ha protesi metalliche, viti, chiodi, ecc.? Se SI, indichi dove _____ SI NO
- È portatore di protesi dentarie fisse o mobili? SI NO
- È portatore di protesi al cristallino= SI NO
- È dotato di una pompa di infusione per insulina o altri farmaci? SI NO
- È dotato di neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SI NO
- Ha tatuaggi? Se SI, indichi dove _____ SI NO
- Ha piercing? Se SI, indichi dove _____ SI NO
- Utilizza cerotti medicali? SI NO
- Porta lenti a contatto? SI NO

- ✓ Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere: lenti a contatto – apparecchi per l'udito – dentiere – corone temporanee mobili – cinta erniaria – fermagli per capelli – mollette – occhiali – gioielli – orologi – carte di credito o altre schede magnetiche – ferma soldi – monete - chiavi – bottoni metallici – spille – vestiti con lampo – calze in nylon – indumenti in acrilico – pinzette metalliche – punti metallici – forbici – altri eventuali oggetti metallici.
- ✓ Prima di sottoporsi all'esame RM si prega di asportare cosmetici dal viso.
- ✓ Al momento dell'esame si raccomanda di presentare tutta la documentazione clinica e radiologica inerente accertamenti precedentemente eseguiti, anche in altre sedi.
- ✓ L'esame viene consegnato su supporto CD.

Il Medico Responsabile dell'esecuzione 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 _____

Consenso informato all'esame 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 leggibile del paziente **X** _____

Consenso informato alla somministrazione del mezzo di contrasto

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione.

Data __/__/____ firma leggibile del paziente **X** _____

Spazio riservato ai genitori o al tutore legate nel caso di pazienti minori

Il/La sottoscritto/a _____ genitore esercente la patria potestà o tutore legale di _____ autorizza l'esecuzione dell'esame RM con le modalità ritenute più opportune dal medico radiologo e si rende responsabile dell'autorizzazione anche da parte dell'altro genitore.

Data __/__/____ Firma del genitore o del tutore legale _____

Data __/__/____ Firma del minore responsabile (tra 14-17 anni) _____