

Egregio Paziente, Egregia Paziente,

Provvediamo a sottoporla ad un'indagine diagnostica tramite tomografia a risonanza magnetica. La tomografia a risonanza magnetica (TRM) è una tecnica di generazione immagini che consente di visualizzare l'interno del corpo. Durante l'esame deve rimanere sdraiato all'interno di un apparecchio in cui è costantemente prodotto un campo magnetico.

In questa sede desideriamo spiegarle come si svolge l'esame e gli eventuali rischi.

Svolgimento

- L'esame dura normalmente circa 30-60 minuti.
- E' importante che, durante l'esame, rimanga steso e il più possibile fermo. Qualora dovesse subentrare una sensazione di malessere, provveda a comunicare in qualsiasi momento con il personale.
- Se necessario, le sarà somministrato un mezzo di contrasto per via endovenosa.
- Durante l'esame sono prodotti rumori forti e secchi. E' del tutto normale. A protezione di questi rumori, le forniamo, preventivamente, delle protezioni auricolari.

Come comportarsi dopo l'esame

Dopo l'esame può riprendere le sue normali attività.

Se le è stato somministrato un calmante, per 12 ore è sconsigliabile mettersi alla guida di un veicolo o al comando di un macchinario pericoloso.

Qualora il giorno dopo l'esame avverta una sensazione di malessere, ci contatti immediatamente!

Importante

A causa dell'intenso campo magnetico generato, non devono assolutamente essere introdotti nella sala di esame oggetti o apparecchi in metallo o che possono contenere metallo o che reagiscono sensibilmente all'effetto magnetico. La invitiamo pertanto a togliere assolutamente questi oggetti e apparecchi (per es. telefoni cellulari, monete, carte di credito e bancomat, penne a sfera, chiavi, fermagli e mollette per capelli, orologi, gioielli, occhiali, cinture, apparecchi acustici, cercapersone) prima di sottoporsi all'esame.

Attenzione: Il magnete è sempre attivo!

Entri nella sala esami solo a seguito di esplicito invito da parte del personale!

Rischi

La MR non comporta assorbimento di radiazioni da parte del paziente e non ha pertanto alcun effetto collaterale dannoso o indesiderati.

- Se avete un tatuaggio (o un trucco permanente) nella zona da esaminare, informate il vostro medico. A causa dei campi magnetici utilizzati per l'esame, può verificarsi un rischio di levigatura o di colorazione e di riscaldamento dell'area, soprattutto nel caso di tatuaggi neri o con cerchi.
- Se viene somministrato un mezzo di contrasto, è possibile che in rari casi si verifichi un'allergia.
- Nel caso di un impianto cocleare compatibile, non si può escludere la possibilità di uno spostamento.

Per evitare questo rischio e altre possibili controindicazioni, vi invitiamo a rispondere alle questionario di sicurezza.

Siamo a vostra disposizione per qualsiasi ulteriore informazione.

Cognome : _____	Data di nascita: <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>
Nome : _____	Peso : <input type="text" value=""/> kg
	Altezza : <input type="text" value=""/> cm

	SI	NO
Avete già eseguito una IRM ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portate un pacemaker od un neurostimolatore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portate una pompa d'insulina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avete subito un intervento al cuore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avete subito un intervento chirurgico al cervello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portate delle protesi dentarie (dentiera)? Fisse <input type="checkbox"/> Mobili <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avete delle parti metalliche nel corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Impianti, protesi, viti, placche, valvola cardiaca, stents o clip a seguito di interventi chirurgici, IUD, piercing, ciglia finte • Schegge metalliche (in particolare negli occhi) • Altro: _____ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffrite di allergie od asma? Se sì, quale: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffrite di allergie conosciute ai prodotti di contrasto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffrite di una malattia renale od insufficienza renale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avete un tatuaggio o del trucco permanente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avete avuto una capsula endoscopica negli ultimi 2 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portate un apparecchio acustico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portate un cerotto transdermico (ad es. NICOTINELL®, SCOPODERM®) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portate un Sistema di monitoraggio del glucosio (ad es. FreeStyle Libre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siete claustrofobico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avete subito un'operazione nella regione sotto esame? Se sì, quale: _____ Quando? <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per le donne:		
Siete incinta o pensate di esserlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siete in un periodo di allattamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre informazioni o supplemento di informazione? _____		
Con la firma, confermo di avere letto le informazioni su questo esame e di aver compreso e risposto in maniera corretta a questo questionario ed acconsento all' effettuazione dell'esame. Per una migliore valutazione del mio caso, accetto che il centro possa richiedere precedenti rapporti di esami medici.		
Firma del paziente: _____	Data: <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	