

Si prega di compilare in stampatello maiuscolo. Si prega altresì di porre particolare attenzione alle parti scritte in grassetto o sottolineate.

PER IL PAZIENTE	Cognome
	Nome
	Data di nascita
	Peso (Kg)
PER IL MEDICO	Distretto da esaminare
	Medico richiedente
	Sospetto clinico
	Elementi clinico-anamnestici

INFORMAZIONI PER L'UTENTE CHE EFFETTUA UNA RISONANZA MAGNETICA

Gentile utente, prima di sottoporsi all'esame RM, Le consigliamo di leggere le seguenti note che potranno aiutarla ad effettuare con maggior sicurezza e serenità questo esame.

L'indagine RM utilizza **un campo magnetico intenso** e onde elettromagnetiche a radiofrequenza; allo stato attuale delle conoscenze non comporta rischi. Peraltro l'elevata intensità del campo magnetico esercita una forte attrazione su materiali ferromagnetici di cui Lei può essere portatore (come per esempio schegge o punti di sutura metallici), con conseguente possibilità di creare effetti indesiderati. L'attenta **compilazione** del questionario, garantisce la prevenzione di tali possibili evenienze.

E' prudente escludere dalla RM le gestanti, in particolare nel primo trimestre di gravidanza, anche se non è stata comprovata la sensibilità dell'embrione ai campi magnetici e di radiofrequenza utilizzati per le indagini. Di conseguenza nella nostra struttura l'esame non viene eseguito a donne in stato di gravidanza certa o presunta.

L'indagine RM può richiedere un tempo variabile da **30 a 60 minuti**, durante i quali Le chiediamo di mantenere **l'assoluta immobilità**. **(Il tempo di esecuzione della prestazione è variabile in funzione della complessità del caso)**

Movimenti anche piccoli possono infatti seriamente compromettere la qualità dell'esame. Anche l'eccessivo peso corporeo e la presenza di elementi metallici endocorporei non ferromagnetici a volte possono determinare limitazioni diagnostiche nell'indagine. Durante l'esame la macchina provocherà un rumore ritmico causato dal normale funzionamento.

L'esame non provoca dolore, tuttavia, soprattutto con apparecchiature ad elevata intensità di campo magnetico, si possono sperimentare i seguenti effetti: riscaldamento (che in alcuni casi può anche provocare ustioni lievi), di alcune parti del corpo e contrazione involontaria o sensazione di pulsazione in alcuni muscoli. Il fenomeno è normale, tuttavia, se il paziente avverte un fastidio eccessivo deve subito informare l'operatore. In caso di necessità e in qualsiasi momento, Lei potrà comunicare con gli operatori sanitari presenti nella sala comando: il microfono collocato all'interno dell'abitacolo è costantemente attivato. In qualsiasi momento l'esame può essere sospeso senza conseguenze dannose.

Per lo studio di alcuni organi od apparati può essere indicato e necessario l'uso di sostanze paramagnetiche- il cosiddetto mezzo di contrasto. In questi casi è **OBBLIGATORIA** anche la compilazione da parte del medico prescrittore del "Consenso informato per esami RM e TC con mezzo di contrasto". (Scaricabile dal nostro sito Internet)

Le raccomandiamo inoltre prima di effettuare l'esame di:

- Lasciare nello spogliatoio:
 - Lenti a contatto (possono deformarsi), dentiere, corone temporanee mobili, apparecchi per l'udito e tutti gli oggetti metallici: telefonino, orologio, occhiali, chiavi, monete, forcine, bottoni metallici, cinture...
 - Tutti i tesserini magnetici: carte di credito, bancomat, schede telefoniche...
- Asportare i cosmetici del volto (possono disturbare l'esame).
- Esibire la documentazione clinico-diagnostica relativa ad accertamenti precedenti (cartelle cliniche, radiogrammi, referti...) per un corretto inquadramento diagnostico

L'esame RM è dunque, secondo le conoscenze attuali, innocuo per l'organismo umano.

Tuttavia:

In alcuni casi l'esame può provocare importanti effetti indesiderati e non può quindi essere eseguito (CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE gruppo "A");

In altri casi può essere eseguito tranquillamente ma solo dopo valutazione medica o con alcune avvertenze (CONTROINDICAZIONI RELATIVE gruppo "B").

Pertanto, allo scopo di individuare eventuali situazioni a rischio e garantire la più totale sicurezza è necessario compilare il questionario seguente:

❖ **CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE GRUPPO "A" (RM NON ESEGUIBILE):**

E' portatore di:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ▪ Pacemaker o defibrillatore interno..... | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Protesi cocleari (orecchio interno)..... | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Neurostimolatori o stimolanti di crescita ossea..... | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Protesi oculari magnetiche frammenti metallici intraoculari..... | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Stato di gravidanza (o presume di esserlo)..... | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Reperi metallici per radioterapia in corso..... | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Stent Endovascolari (entro 6 settimane dall'intervento)..... | ☐ Si | ☐ No |

❖ **CONTROINDICAZIONI GRUPPO "B" (NECESSARIA VALUTAZIONE MEDICA O AVVERTENZE):**

E' portatore di:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ▪ Clips vascolari cerebrali (aneurisma)* | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Protesi o viti ortopediche | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Protesi otologiche (orecchio medio)* | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Espansore mammario | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Protesi valvolari cardiache* | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Protesi peniene* | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Impianti oculari (punti retinici...)* | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Punti metallici da pregresso intervento | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Schegge metalliche, proiettili | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Cateteri di derivazione spinale o ventricolare* | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Obesità grave | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Cateteri di Swan-Ganz | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Filtri vascolari, stent..... | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Spirale intrauterina (IUD)** | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Diaframma contraccettivo* | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Tatuaggi estesi..... | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Claustrofobia, Malattie neurologiche o psichiatriche gravi*** | ☐ Si | ☐ No |
| ▪ Pompe impiantabili per infusione di farmaci..... | ☐ Si | ☐ No |

* in caso di risposta affermativa è necessario inviare al Radiologo, prima dell'esame, tutta la documentazione di compatibilità magnetica della struttura che ha effettuato l'intervento.

** In caso di risposta affermativa, dopo l'indagine, verificare il corretto posizionamento del dispositivo presso il ginecologo.

*** In caso di risposta affermativa richiedere esame in sedazione conscia.

CONTROLLI INTERNI: non compilare spazio riservato al personale sanitario

☐ OK
☐ OK
☐ OK
☐ OK
☐ OK
☐ OK
☐ OK

☐ OK
☐ OK
☐ OK
☐ OK
☐ OK
☐ OK
☐ OK
☐ OK
☐ OK
☐ OK
☐ OK
☐ OK
☐ OK
☐ OK
☐ OK
☐ OK
☐ OK
☐ OK
☐ OK
☐ OK

Sigla controllore

A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE:

In base ai dati anamnestici forniti dal paziente ed ai dati clinici attualmente in mio possesso non si rilevano discrepanze rispetto a quanto dichiarato dal paziente.

Data _____

Timbro e Firma _____

A CURA DEL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME:

In base ai dati forniti si dichiara il paziente idoneo all'esecuzione dell'esame.

Data _____

Firma _____

A CURA DEL PAZIENTE (Dichiarazione di consenso informato):

Dichiaro di aver collaborato in modo ottimale alla compilazione del questionario e di ritenermi sufficientemente informato, in sede anamnestica dei possibili rischi e delle controindicazioni che l'esame comporta.

Data _____

Firma _____

(o Esercente patria potestà – Per consenso esecuzione minori)