



PG 03-M 03 Questionario anamnestico e consenso informato esame RM

Rev 1 del 04/05/2021 - Pagina 1 di 3

INFORMATIVA

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 eseguire 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 sdraiato 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: sarà costantemente sorvegliato e potrà avvertire l'operatore se desidera interrompere l'esame.

PREPARAZIONE NECESSARIA -RACCOMANDAZIONI

I pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono collaborare con il 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 ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, 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,
- togliere gli indumenti che le saranno indicati ed eventualmente indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio

Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso



PG 03-M 03 Questionario anamnestico e consenso informato esame RM

Rev 1 del 04/05/2021 - Pagina 2 di 3

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Il Questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame che, per le sue valutazioni, si avvale anche delle risposte fornite dal paziente o dal tutore legale (es. in caso di minore)

- Ha eseguito in precedenza esami RM ? SI NO
- Soffre di claustrofobia ? SI NO
- Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? SI NO
- Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? SI NO
- E' stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO
- Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? SI NO
- Ha subito interventi chirurgici? SI NO
- Tipo di intervento: Testa Collo Torace Addome Estremità Occhi Altro
- È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? SI NO
- È portatore di:
- Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ? SI NO
- Schegge o frammenti metallici? SI NO
- Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ? SI NO
- Valvole cardiache? SI NO
- Stents? SI NO
- Defibrillatori impiantati? SI NO
- Distrattori della colonna vertebrale? SI NO
- Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? SI NO
- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? SI NO
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o epidurali? SI NO
- Altri tipi di stimolatori? SI NO
- Derivazione spinale o ventricolare ? SI NO
- Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc. SI NO
- Localizzazione _____ SI NO
- Altre protesi? SI NO
- Localizzazione _____ SI NO
- Ritene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo d i cui potrebbe NON esserne a conoscenza ? SI NO
- E' portatore di protesi del cristallino ? SI NO
- E' portatore di piercing? SI NO
- Localizzazione _____ SI NO
- E' portatore di tatuaggi? SI NO
- Localizzazione _____ SI NO
- Sta utilizzando cerotti medicali ? SI NO
- E' affetto da insufficienza renale? SI NO
- DONNE**
- E' in stato di gravidanza certa o presunta?? SI NO
- È portatrice di IUD (dispositivo intra-uterino)? SI NO
- È in allattamento? SI NO



PG 03-M 03 Questionario anamnestico e consenso informato esame RM

Rev 1 del 04/05/2021 - Pagina 3 di 3

CONSENSO INFORMATO del paziente all'esecuzione dell'esame RM

Il sottoscritto.....perfettamente in grado di intendere e di volere, ritiene di essere stato esaurientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite,

Acconsente

Non acconsente

all'esecuzione dell'esame.

Firma del paziente (*)

Data

.....

.....

(*) In caso di paziente minorenni è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.

Il **medico radiologo responsabile dell'esecuzione dell'esame** preso atto delle risposte fornite dal paziente, della completa informazione e comprensione circa le modalità di esecuzione dell'indagine ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

autorizza **non autorizza**

l'esecuzione dell'esame RM

Firma del medico responsabile dell'esecuzione dell'esame RM.....

Data.....
