

MODULO INFORMATIVO ESAME RM SENZA MEZZO DI CONTRASTO

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.

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

Qualora si fosse in possesso di precedenti esami diagnostici è necessario portarli in visione il giorno dell'esecuzione della RM.

Esecuzione dell'esame RM:

I pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono compilare un apposito "questionario anamnestico" e "modulo di consenso informato" al fine di escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

Per effettuare l'esame RM è necessario:

- 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, etc);
- 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.

La durata media dell'esame RM è circa 20-40 minuti.

Durante la fase di acquisizione delle immagini RM sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Per ottenere la migliore qualità delle immagini e non compromettere il risultato diagnostico, durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.

Nella sala comando è sempre presente personale di servizio pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità. Il paziente è sempre in contatto vocale e visivo con gli operatori che vigilano per tutta la durata dell'esame. In caso di insorgenza di disturbi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento è opportuno che il paziente avverta gli operatori utilizzando l'apposito dispositivo di segnalazione.

Luogo e Data _____

Nome e Cognome del paziente _____

Riferimento telefonico _____

FIRMA DEL PAZIENTE _____

FIRMA DEL MEDICO _RADIOLOGO _____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato da ogni paziente o dal tutore legale (ad esempio in caso di minore), prima di essere sottoposto all'esame e firmato dal Medico Responsabile dell'esame. Risposte affermative ad uno o più quesiti possono comportare controindicazione anche assoluta all'esecuzione dell'esame.

- 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
- E' in stato di gravidanza certa o presunta? SI NO
- Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? SI NO
- Ha subito interventi chirurgici NO ☐

SI ☐ : Testa _____ Addome _____ Collo _____
Estremità _____ Torace _____ Occhi _____ Altro _____

- E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? SI NO

E' 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 subdurali ? SI NO
- Altri tipi di stimolatori ? SI NO
- Corpi intrauterini ? SI NO
- Derivazione spinale o ventricolare ? SI NO
- Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc) ? SI NO
- Altre protesi ? SI NO

Localizzazione

- Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza ? SI NO
- E' portatore di protesi del cristallino ? SI NO
- E' portatore di piercing? Localizzazione SI NO
- Presenta tatuaggi ? Localizzazione..... SI NO
- Sta utilizzando cerotti medicali ? SI NO

*S'informa che l'esposizione a campi magnetici o a onde di radiofrequenza può provocare la **perdita di efficacia anticoncezionale** del dispositivo intrauterino (IUD): se lei ne è portatrice la sua firma vale come accettazione a sottoporsi all'esame RM.*

Luogo e Data _____

Nome e Cognome del paziente _____

FIRMA DEL PAZIENTE _____

FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO _____

CONSENSO INFORMATO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/aa _____ il _____, perfettamente in grado di intendere e di volere, dichiara di essere stato/a sufficientemente informato/a circa l'indicazione, l'utilità, le modalità di esecuzione, sui rischi e sulle controindicazioni all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM, e di acconsentire all'esecuzione dell'esame RM.

In particolare, per le pazienti di sesso femminile, si dichiara di prendere atto che l'esecuzione dell'esame RM durante i primi tre mesi di gravidanza è sconsigliato, sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi elettromagnetici, tranne che nei casi di effettiva e improrogabile necessità.

Data _____ Nome e Cognome del paziente _____

FIRMA DEL PAZIENTE _____

In caso di minore è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci

Il/La sottoscritto/a _____ Genitore/tutore legale del minore
Data e Luogo di nascita _____

Dichiaro di essere stato/a informato/a riguardo la procedura RM e pertanto acconsento all'esecuzione dell'esame.

Data _____

Firma del genitore esercitante la patria potestà _____

Firma del Tutore legale _____

DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME**AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE**

O SI O NO (specificare il motivo) _____

Nominativo Radiologo _____ Firma del medico Radiologo _____