



Modulo Dipartimentale	MD 100700 01
DAI PATOLOGIA E DIAGNOSTICA	
Informativa e consenso informato per esame RM UOC Radiologia-BR – UOC Radiologia-BT – UOC Neuroradiologia	Rev 0 del 21/11/2014 Pagina 1 di 2

<i>Dati del Paziente</i>	<i>Distretto da esaminare</i>
Cognome _____	_____
Nome _____	_____
Data di Nascita ____ / ____ / ____	Elementi clinici
tel. ____ / _____	_____
Peso ____ kg	_____

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.

Esecuzione dell'esame RM

Per effettuare l'esame RM è necessario:

- togliere eventuale trucco per il viso e lacca per capelli, togliere hair extension
- 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, ecc.),
- 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 fornita 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.

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 per ogni paziente prima di essere sottoposto all'esame, e firmato dal Medico Responsabile dell'esame.

Risposte affermative a 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 |
| • Ha subito interventi chirurgici: | ☐ SI ☐ NO |

Testa _____
Collo _____
Torace _____
Altro _____

Addome _____
Estremità _____
Occhi _____



Modulo Dipartimentale	MD 100700 01
DAI PATOLOGIA E DIAGNOSTICA	
Informativa e consenso informato per esame RM UOC Radiologia-BR – UOC Radiologia-BT – UOC Neuroradiologia	Rev 0 del 21/11/2014 Pagina 1 di 2

- E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? ☐ SI ☐ NO
- E' portatore di:
 - o Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? ☐ SI ☐ NO
 - o Schegge o frammenti metallici? ☐ SI ☐ NO
 - o Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? ☐ SI ☐ NO
 - o Valvole cardiache? ☐ SI ☐ NO
 - o Stents? ☐ SI ☐ NO
 - o Defibrillatori impiantati? ☐ SI ☐ NO
 - o Distrattori della colonna vertebrale? ☐ SI ☐ NO
 - o Pompa di infusione per insulina o altri farmaci ? ☐ SI ☐ NO
 - o Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? ☐ SI ☐ NO
 - o Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali ? ☐ SI ☐ NO
 - o Altri tipi di stimolatori? ☐ SI ☐ NO
 - o Dispositivi intrauterini (spirale)? ☐ SI ☐ NO
 - o Derivazione spinale o ventricolare? ☐ SI ☐ NO
 - o Protesi dentarie fisse o mobili? ☐ SI ☐ NO
 - o Protesi metalliche (pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo? ☐ SI ☐ NO
 - o Altre protesi? ☐ SI ☐ NO Localizzazione _____
 - o Ritene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? ☐ SI ☐ NO
 - o E' portatore di protesi del cristallino? ☐ SI ☐ NO
 - o E' portatore di piercing? ☐ SI ☐ NO Localizzazione _____
 - o Presenta tatuaggi? ☐ SI ☐ NO Localizzazione _____
 - o Sta utilizzando cerotti medicali? ☐ SI ☐ NO
- E' in stato di gravidanza certa o presunta? ☐ SI ☐ NO
- Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? ☐ SI ☐ NO

Si 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. Si consiglia dopo l'esame di rivolgersi al Ginecologo di fiducia.

CONSENSO INFORMATO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____, perfettamente di 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 sconsigliata, 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 e Firma del paziente o del tutore legale _____

Il Medico Responsabile dell'esame RM, preso atto delle risposte fornite dal Paziente

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE ☐ SI ☐ NO

Data _____ Firma del Medico Radiologo Responsabile _____

CONFIDENZIALITÀ

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dalla Legge 31/12/96 n° 675 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali". La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e La preghiamo di datare e firmare il presente modulo per accettazione.

Data _____ firma _____