



Modulo Dipartimentale	MD100700 03 Rev 0 del 12-12-2014 Pagina 1 di 2
DAI PATOLOGIA E DIAGNOSTICA	
Informativa e consenso informato esame RM in gravidanza U.O.C. Radiologia-BR – U.O.C. Radiologia-BT – U.O.C. Neuroradiologia	

SCHEDA INFORMATIVA

SCOPO DELL'INDAGINE DIAGNOSTICA:

In conformità al D.M. 2/8/1991, l'indagine di risonanza magnetica in donne in stato di gravidanza, può essere effettuata dopo un'attenta valutazione da parte del medico per accertare la mancata disponibilità ed inadeguatezza diagnostica di altre metodiche diagnostiche che non prevedano l'uso di radiazioni ionizzanti o quando il medico proponente ritenga che possa fornire informazioni importanti per la diagnosi e quindi per l'approccio terapeutico.

Le principali situazioni nelle quali è da ritenere giustificata l'esecuzione dell'esame di risonanza magnetica in donne in stato di gravidanza sono:

- Pazienti con segni e sintomi di patologia in atto a carico del sistema nervoso centrale.
- Pazienti affette da patologia tumorale.
- Pazienti con segni e sintomi di patologia in atto a carico del torace, dell'addome e della pelvi, per cui l'indagine ecografica non sia diagnostica in specifici casi di sospette o accertate anomalie fetali.

MODALITÀ' DI PREPARAZIONE DELLA PAZIENTE ALL'INDAGINE DIAGNOSTICA

Per garantire l'esecuzione dell'esame di risonanza magnetica in condizioni di sicurezza, Le verrà chiesto di compilare e firmare, congiuntamente al medico esecutore dell'esame, un questionario che consentirà di escludere la presenza di controindicazioni all'esposizione al campo magnetico e nel quale sono elencati gli oggetti che non potrà portare con sé all'interno della sala magnetica.

DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ' DI EFFETTUAZIONE DELL'INDAGINE DIAGNOSTICA

La durata dell'esame è variabile in relazione al distretto anatomico da indagare ed al quesito diagnostico (durata media: 30'). Durante la fase di acquisizione dati sono udibili dei rumori ritmici provocati dal normale funzionamento dell'apparecchiatura. Le condizioni di ventilazione, illuminazione e temperatura sono tali da assicurare il massimo comfort e ridurre possibili effetti claustrofobici. Durante l'esame è necessario che Lei rimanga tranquilla e mantenga il massimo grado d'immobilità per non compromettere la qualità diagnostica dell'indagine. La respirazione regolare e la deglutizione della saliva non disturbano l'esame. In alcuni tipi di indagine può esserLe richiesto di collaborare mediante atti respiratori e brevi periodi di apnea. Nella sala comando è sempre presente personale di servizio pronto a intervenire in caso di qualsiasi necessità. Lei sarà sempre in contatto visivo e vocale con gli operatori che eseguono l'esame e potrà avvertirli dell'eventuale insorgenza di disturbi attraverso dispositivi di segnalazione appositamente predisposti.

EVENTUALI RISCHI CONSEGUENTI ALL'INDAGINE DIAGNOSTICA

Non sono noti, allo stato attuale delle conoscenze mediche, effetti dannosi alla donna gravida e al feto umano per esposizione ai campi magnetici e di radiofrequenza d'intensità e potenze utilizzati nella attuale strumentazione ad uso diagnostico, in modo sporadico e per alcune decine di minuti.

ALTERNATIVE POSSIBILI

Per ogni ulteriore chiarimento riguardo le indicazioni all'esame e le eventuali alternative, Lei si potrà rivolgere al Medico che effettuerà l'indagine diagnostica.

EFFETTI DELLA MANCATA PROCEDURA

Ritardo nell'effettuazione della diagnosi o mancata diagnosi.

Prima di effettuare l'esame Le verrà chiesto di firmare, assieme al medico radiologo che effettuerà la procedura, l'apposito modulo di consenso informato. Si ricorda che per i minori tale modulo dovrà essere firmato dai genitori o di chi ne ha la patria potestà.



Modulo Dipartimentale	MD100700 03 Rev 0 del 12-12-2014 Pagina 2 di 2
DAI PATOLOGIA E DIAGNOSTICA	
Informativa e consenso informato esame RM in gravidanza U.O.C. Radiologia-BR – U.O.C. Radiologia-BT – U.O.C. Neuroradiologia	

CONSENSO ALLA EFFETTUAZIONE DI PRESTAZIONE SANITARIA

Paziente (Cognome e Nome) _____

Nata il ____ / ____ / ____ a _____

Residente a _____

Telefono _____

Avendo letto e ben compreso quanto illustrato nella SCHEDA INFORMATIVA relativa alla prestazione sanitaria alla quale sarà sottoposta, informata dei vantaggi attesi, degli eventuali effetti collaterali e/o dei rischi possibili, delle possibili alternative e delle possibili conseguenze in caso la prestazione venisse rifiutata, avendo avuto la possibilità di porre domande e avendo ricevuto risposte chiare ed esaurienti, acconsente e richiede l'effettuazione di:

(indicare _____ prestazione)

Sede e lato _____

Autorizza inoltre il medico e l'équipe ad eseguire interventi addizionali o alternativi, solo in caso di inderogabili urgenze e solo se già ipoteticamente rappresentate come ipotesi plausibili nel corso del colloquio per l'acquisizione del consenso.

E' informata, inoltre, che in questa Azienda Ospedaliera prestano servizio anche medici e altri professionisti non medici in formazione, che sotto la responsabilità di un tutore partecipano al Suo percorso diagnostico-terapeutico.

E' informata di poter revocare la scelta effettuata in qualsiasi momento precedente la prestazione a cui deve essere sottoposto/a.

La sottoscritta _____ esprime il proprio consenso per:

- ☐ la conservazione dei dati clinici raccolti durante il colloquio con il medico responsabile dell'esecuzione dell'esame, nel rispetto della normativa vigente sulla riservatezza dei dati personali e del segreto professionale.
- ☐ essere, in futuro, contattata telefonicamente dal personale medico della U.O. di Radiodiagnostica al fine di fornire informazioni sull'andamento della storia clinica.

Data ____ / ____ / ____

Firma del Paziente

Firma e timbro del Medico
