

Sig. ....

KG

**INFORMAZIONI****PER L'UTENTE CHE EFFETTUA UN ESAME DI RISONANZA MAGNETICA (RM)***Gentile utente,**prima di sottoporsi all'esame di RM, Le consigliamo di leggere le seguenti note che potranno aiutarla ad effettuare con maggior sicurezza e serenità questo esame.*

L'indagine di Risonanza utilizza un **campo magnetico intenso** ed onde elettromagnetiche a radiofrequenza. L'elevata intensità del campo magnetico esercita, come una potente calamita, una forte attrazione su materiali ferromagnetici di cui Lei può essere portatore (come per esempio schegge o punti di suture metallici), con conseguente possibilità di creare effetti indesiderati.

L'attenta **compilazione del questionario** che ha ricevuto 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 alle radiofrequenze utilizzate per tali indagini.

L'indagine di RM può richiedere un tempo variabile da **30 a 60** minuti, durante i quali Le chiediamo di mantenere **l'assoluta immobilità**. Movimenti anche piccoli possono, infatti, seriamente danneggiare la qualità dell'esame.

Durante l'esame, la macchina provocherà un rumore ritmico causato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura.

Per lo studio di alcuni organi od apparati può essere indicato e necessario l'uso di sostanze paramagnetiche (**mezzo di contrasto**) che le saranno iniettate per via endovenosa.

*Al riguardo La informiamo che le caratteristiche di tali farmaci "permettono tranquillità di impiego, pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione iniettabile". (Circolare del ministero della Sanità 900. VI/11.AG./642 del 17.9.97)*

**In caso di necessità** e in qualsiasi momento, Lei potrà comunicare con gli operatori sanitari presenti in sala comando.

In qualsiasi momento l'esame può essere sospeso senza conseguenze dannose.

**Le raccomandiamo infine di:**

- asportare dal volto eventuali cosmetici;
- lasciare nello spogliatoio tutti gli oggetti metallici (fermagli per capelli, forcine, mollette, occhiali, fibbie, orologio, chiavi, orecchini mobili, piercing, catenine, ecc.), i tesserini magnetici, le carte di credito;
- togliere eventuali apparecchi per l'udito, dentiere mobili, cinta sanitaria, lenti a contatto di tipo rigido;
- indossare solamente il camice ospedaliero che troverà nello spogliatoio, **esibire la documentazione clinica, radiologica e strumentale relativa ad accertamenti precedentemente eseguiti.**

**L'esame di Risonanza Magnetica è, alla luce di quanto spiegatoLe, secondo le conoscenze attuali, innocuo per l'organismo umano. Tuttavia esistono delle controindicazioni assolute (gruppo "A") e relative (gruppo "B") alla sua esecuzione.**

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

**GRUPPO "A" (RM NON ESEGUIBILE)**

E' portatore di	pace maker o defibrillatore interno	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	protesi cocleari (orecchio interno)	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	neurostimolatori o stimolanti della crescita	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	protesi oculari magnetiche	<b>SI</b>	<b>NO</b>

Revisione

Verificato

Approvato

5




**GRUPPO "B" (NECESSARIA VALUTAZIONE MEDICHE OD AVVERTENZE)**

E' portatore di	clips vascolari metalliche (aneurisma)*	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	protesi o viti ortopediche	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	protesi al cristallino	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	protesi otologiche (orecchio medio)*	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	espansori mammari	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	protesi valvolari cardiache*	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	protesi peniene*	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	impianti oculari (molle palpebrali, punti retinici)*	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	punti metallici da pregresso intervento	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	schegge metalliche, proiettili	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	frammenti metallici intraoculari	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	cateteri di derivazione spinale o ventricolare*	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	cateteri di Swan-Ganz	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	filtri vascolari, stent	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	spirale intrauterina (IUD), diaframma contraccettivo*	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	tatuaggi	<b>SI</b>	<b>NO</b>
	pompe per infusione NON RM compatibili	<b>SI</b>	<b>NO</b>
E' in gravidanza o presume di esserlo		<b>SI</b>	<b>NO</b>
Soffre di anemia falciforme, di asma o di allergie		<b>SI</b>	<b>NO</b>
Soffre di claustrofobia		<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ha mai lavorato o lavora come tornitore, saldatore, carrozziere		<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ha eseguito in precedenza esami RM		<b>SI</b>	<b>NO</b>
Ha eseguito in precedenza esami RM con mezzo di contrasto		<b>SI</b>	<b>NO</b>
Se sì			
Ha avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto RM		<b>SI</b>	<b>NO</b>

\*In caso di risposta affermativa è necessario fornire documentazione di compatibilità magnetica da parte della Struttura che ha effettuato l'intervento

Data

FIRMA MEDICO RADIOLOGO

.....

.....

Dichiaro di avere risposto con precisione alle domande sopra elencate.

Dichiaro anche di essere stato adeguatamente informato sull'indagine che devo effettuare, eventualmente anche con iniezione endovenosa di mezzo di contrasto, ed esprimo a tal fine il mio **consenso**.

Data

FIRMA PAZIENTE

.....

.....

**VERIFICA DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA**

**SI**

**NO**

Sono complete e chiare le motivazioni della richiesta effettuata da parte del Medico richiedente

**SI**

**NO**

il Radiologo del Centro ha comunque verificato l'appropriatezza della richiesta

FIRMA MEDICO RADIOLOGO

.....

Revisione

Verificato

Approvato

5

*SG*

*AP*

