



## CONSENSO INFORMATO E ANAMNESI PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Revisione n. 0  
del 10.02.2020

Pag. 1/2

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ N° esame: \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Nota informativa relativa all'esame RM

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM sfrutta l'impiego di intensi campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF). In alcuni tipi di indagine possono anche essere somministrate al paziente, per via endovenosa, alcune sostanze con proprietà paramagnetiche come Mezzo di Contrasto (MdC). Ad eccezione di tali casi, la RM si configura come un esame diagnostico non invasivo.

L'esame RM, 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, è **prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.**

Le pazienti con dispositivi contraccettivi intrauterini (**spirali o IUD**) è opportuno che ne **verifichino il corretto posizionamento** dopo la permanenza nel sito RM.

Nel corso dell'esame RM è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse. L'evenienza più probabile è rappresentata da una crisi di claustrofobia a carattere passeggero. In caso di somministrazione del MdC viene somministrata informativa e raccolto il consenso.

Viene garantita sempre la presenza di personale medico pronto ad intervenire in caso di emergenze mediche.

### Esecuzione dell'esame RM

**I pazienti possono essere sottoposti all'esame RM solo previa esclusione di ogni possibile controindicazione all'esame RM**

Per effettuare l'esame RM è necessario che il paziente, ove del caso supportato dal personale di servizio:

- tolga eventuale trucco per il viso e/o lacca per i capelli, extension magnetiche per ciglia
- depositi nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferro-magnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, stampelle, ecc.);
- tolga eventuali protesi dentarie, apparecchi per l'udito, lenti a contatto, occhiali o piercing;
- si spogli, togliendo ogni indumento con sistema di chiusura metallico (reggiseni e body) o che sia fatto con tessuti che possa contenere fibre metalliche (pancure, indumenti elastici, etichette interne, accessori decorativi) e successivamente indossi l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio;
- utilizzi la cuffia o gli appositi tappi auricolari fornito dal personale di servizio.

La durata media dell'esame RM varia da 30 minuti a 60 minuti, Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchiatura RM.

Durante la fase di esame è necessario rimanere tranquilli e mantenere il massimo grado di immobilità per non compromettere il risultato diagnostico dell'immagine. La respirazione regolare e la deglutizione della saliva non disturbano l'esame. In alcuni tipi di indagine può essere richiesto al paziente di collaborare mediante atti respiratori e brevi periodi di apnea al fine di migliorare la qualità diagnostica delle immagini.

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 eseguono un controllo costante durante tutta la fase di esame.

In caso di insorgenza di disturbi, come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento, è opportuno che il paziente avverta quanto prima il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM, utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione.

### Questionario anamnestico per esecuzione di esame RM

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi. Tale questionario deve essere attentamente compilato e firmato dal Medico Responsabile della Prestazione diagnostica, il quale, in relazione alle risposte fornite dal paziente, può concludere che non sussistano controindicazioni all'esame RM. **La controfirma del paziente a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce – fra le altre, anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte falsi o mendaci ai quesiti sottoposti.** (rif. D.M. 10/08/2018)

◆ Ha eseguito in precedenza esami RM?	si	no
◆ È portatore di pace-maker cardiaco, defibrillatori impiantati o altri tipi di cateteri cardiaci?	si	no
◆ È portatore impianti cocleari (orecchio interno)?	si	no
◆ È portatore di neuro stimolatori o stimolanti di crescita ossea?	si	no
◆ È portatore di protesi oculari magnetiche, frammenti metallici intraoculari?	si	no
◆ È portatore di neuro stimolatori spinali, elettrodi spinali, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	si	no
◆ È portatore di pompa per infusione di farmaci, sensori di misurazione glucosio?	si	no
◆ È portatore di videocapsula per esame intestino (PillCam)	si	no
◆ È portatore di reperi metallici ferromagnetici per radioterapia in corso?	si	no
◆ È in stato di gravidanza?	si	no



## CONSENSO INFORMATO E ANAMNESI PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Revisione n. 0  
del 10.02.2020

Pag. 2/2

Soffre di claustrofobia?	si	no
Ha mai subito incidenti stradali o incidenti di caccia?	si	no
È stato vittima di traumi da esplosioni?	si	no
È portatore di schegge o frammenti metallici?	si	no
Ha mai lavorato come saldatore, tornitore, carrozziere?	si	no
È portatore di clips su aneurismi, vasi sanguigni, aorta, cervello o di altro tipo?	si	no
È portatore di stent endovascolari o altri stent, valvole cardiache, ombrelli per chiusura forame ovale?	si	no
È portatore di filtro cavale?	si	no
È portatore di dispositivi cardiaci di registrazione del battito (loop-recorder)?	si	no
È portatore di distrattori della colonna vertebrale?	si	no
È portatore di corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	si	no
È portatore di altri tipi di stimolatori?	si	no
È portatore di derivazione spinale o ventricoloperitoneale (DVP)?	si	no
È portatore di protesi metalliche (es. pregresse fratture), viti, chiodi, filo?	si	no
È portatore di protesi peniena, mammaria o altre protesi? Localizzazione _____	si	no
È portatore di protesi dentarie fisse o mobili?	si	no
È portatore di protesi del cristallino o lenti a contatto?	si	no
È affetto da anemia falciforme o mastocitosi?	si	no
È portatore di espansori mammari?	si	no
È portatore di spirale intrauterina metallica?	si	no
È portatore di tatuaggi o trucco permanente? Localizzazione: _____	si	no
È portatore di piercing e/o dermal? Localizzazione: _____	si	no
È portatore di piercing, ciglia magnetiche?	si	no
Sta utilizzando cerotti medicali?	si	no
Ha mai subito interventi chirurgici e/o procedure interventistiche? testa <input type="checkbox"/> collo <input type="checkbox"/> addome <input type="checkbox"/> torace <input type="checkbox"/> estremità <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> ..... .....	si	no

### IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME RM

preso atto delle risposte fornite dal Paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari,  
**autorizza l'esecuzione dell'indagine RM.**

Data \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

### CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME RM

**Il paziente dichiara di essere stato sufficientemente informato i rischi e controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite e delle modalità di preparazione, esecuzione, delle finalità e vantaggi, dei rischi/complicanze connessi all'esame**

### ACCONSENTE L'ESECUZIONE DELL'ESAME

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_