

## INFORMAZIONI PER IL CLIENTE – SCOPO DELLA SCHEDA

Le informazioni richieste servono a garantire che l'esame di Risonanza magnetica si svolga in condizioni di regolarità e di sicurezza. La preghiamo di leggere attentamente questo modulo, di fornire le risposte alle domande indicate, e di firmarlo per esprimere il suo consenso libero e informato dell'esecuzione dell'esame.

## EFFETTI DELLA RISONANZA MAGNETICA

L'esame diagnostico che utilizza la Risonanza Magnetica non utilizza i raggi X o sorgenti radioattive ionizzanti

La RM implica l'uso di campi magnetici che esercitano elevate forze (come grosse calamite) su materiali ferromagnetici che Lei possa avere con sé o nel Suo corpo, come protesi chirurgiche, schegge metalliche, pile cardiache o simili.

In alcuni casi i campi magnetici e le onde elettromagnetiche a radiofrequenza, possono produrre effetti indesiderati.

Al fine di escludere l'insorgenza di tali effetti, La preghiamo di fornire in dettaglio le seguenti successive informazioni e di attenersi ad alcune semplici istruzioni.

### IMPORTANTE : L'esame RM non può essere effettuato a :

→ **Donne in stato di gravidanza**

→ **portatori di** : Pace Maker, Protesi cardiache, Elettrostimolatori interni ed ogni altra endoprotesi elettronica

La presenza di ogni altro tipo di protesi deve essere comunicata per una sua corretta valutazione.

La durata dell'esame vero e proprio è di circa 20-30 minuti.

Detto esame è preceduto da un interrogatorio e dalla stesura / analisi di un questionario, richiesto per legge.

La presenza di piercing o tatuaggi (alcuni inchiostri potrebbero contenere componenti metalliche) deve preventivamente essere comunicata al Tecnico preposto all'esecuzione della RMN.

## ISTRUZIONI :

I pazienti prima dell'esecuzione dell'esame devono lasciare fuori dalla sala di diagnostica, riponendoli negli appositi armadietti i seguenti oggetti :

- Catenine, anelli, orecchini, bracciali, fermagli e forcine per capelli, occhiali, portafogli, monete e ogni altro oggetto metallico che potrebbe alterare l'esame.
  - Telefonini, carte di credito, orologi, schede magnetiche, ecc... che, oltre ad alterare l'esame, verrebbero inevitabilmente danneggiati dal campo magnetico
- ⇒ E' bene controllare nelle tasche che non siano presenti monete o oggetti metallici.
- ⇒ Togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, protesi dentarie mobili, cinti sanitari
- ⇒ Togliere dal viso i cosmetici ed eventuali lacche per capelli, poiché disturbano l'esame
- ⇒ Togliere tutti gli indumenti dotati di graffette di lavanderia, gancetti, spille da balia, fibbie metalliche, cerniere lampo, poiché possono alterare l'esito dell'esame creando artefatti nelle immagini

**MODALITA' DELL'ESAME :**

L'esame al quale Lei sarà sottoposto / a non è assolutamente doloroso né fastidioso.

Lei dovrà soltanto mantenere per un tempo di 20-30 minuti il miglior grado di immobilità sul lettino, al fine di consentire la migliore riuscita tecnica dell'esame.

Durante tutto l'esame sentirà un rumore ritmico, provocato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura.

Le condizioni di illuminazione, ventilazione e temperatura sono regolate in modo da assicurarLe il massimo conforto.

La preghiamo quindi di rimanere tranquillo / a per tutta la durata dell'esame, senza impressionarsi se questo si protrarrà per qualche minuto in più del previsto.

Nella sala comando è comunque presente il personale addetto, per tutta la durata dell'esame.

Non abbia timore di chiamarlo, se ne avvertirà la necessità.

**Io sottoscritto/a dichiaro di aver letto attentamente quanto precede dal paragrafo "Informazioni per il paziente – Scopo della scheda" e di aver fornito tutte le informazioni richieste, al fine di poter essere sottoposto / a all'esame prescrittomi ed aver compreso in che cosa consiste lo stesso e i rischi inerenti.**

Torino , \_\_\_\_\_

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

**PER L'ACCOMPAGNATORE:**

ACCOMPAGNATORE/GENITORE Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Alla persona che eventualmente accompagna o assiste il paziente durante l'attesa o durante l'esame, si chiede di dichiarare che **non è portatore di pace-maker cardiaco o di protesi metalliche o elettriche di alcun genere, schegge o altri materiali ferromagnetici presenti in seguito ad incidente o intervento chirurgico, piercing o tatuaggi, e di non essere nel primo trimestre di gravidanza.**

Si ringrazia per la collaborazione prestata e si chiede di sottoscrivere di aver letto queste istruzioni come sua dichiarazione di consenso all'ingresso nei locali sotto controllo.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro quanto sopra richiestomi.

Torino, \_\_\_\_\_

Firma dell'accompagnatore \_\_\_\_\_

**PER IL PAZIENTE:**

**MODULO DI CONSENSO E DI INFORMAZIONE PER INDAGINI DI RISONANZA MAGNETICA  
CON USO DI SOSTANZA PARAMAGNETICHE**

Io sottoscritto / a \_\_\_\_\_ nato / a il \_\_\_\_\_ acconsento di sottopormi all'esame di Risonanza Magnetica mediante l'impiego di sostanza paramagnetiche per via endovenosa dopo essere stato informato sul tipo di strumenti impiegati, sul metodo operativo, sui rischi immediati e futuri, anche se molto rari, sui vantaggi conseguiti dai risultati, che non sempre corrispondono alle aspettative e sugli svantaggi che potrebbero derivarne alla mancata esecuzione dell'indagine stessa.

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente (\*) \_\_\_\_\_  
(o di chi ne fa le veci)

(\*) N.B. : Se il paziente è minore di anni 18 il consenso deve essere rilasciato da un genitore o da una persona esercitante la patria potestà.

**QUESTIONARIO OBBLIGATORIO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI R.M.N.\* (D.M.2/8/91)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Peso (Kg) \_\_\_\_\_ Professioni svolte \_\_\_\_\_

Soffre di insufficienza renale?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
È in cura presso reparti di Nefrologia?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Soffre di claustrofobia?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ha mai lavorato o lavora come saldatore, tornitore, fabbro, carrozziere, meccanico, ecc...?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
E' stato vittima di traumi da esplosione?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
E' in stato di gravidanza?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ultime mestruazioni avvenute (in data _____)		
E' affetto da anemia falciforme?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ha subito interventi chirurgici?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Testa <input type="checkbox"/> Addome <input type="checkbox"/> Collo <input type="checkbox"/> Estremità <input type="checkbox"/>		
Torace <input type="checkbox"/> Altri _____		

N.B. : Portare tutta la documentazione relativa agli interventi subiti

**E' portatore di :**

Schegge o frammenti metallici?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Valvole cardiache ?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Distrattori della colonna vertebrale?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Corpi intrauterini?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pompa per infusioni per insulina o altri farmaci?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pace – maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Derivazione spinale o ventricolare?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Protesi metalliche per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, viti, chiodi, fili, ecc..	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Localizzazione _____		
Protesi del cristallino per interventi di cataratta?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Protesi in silicone?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Piercing	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tatuaggi	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Per effettuare l'esame occorre:**

Togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee  
Mobili, cinta sanitaria.

Togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o altre  
schede magnetiche, coltelli tascabili, ferma-soldi, monete, chiavi, ganci automatici,  
bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, punti metallici o graffette da tintoria, limette, forbici e altri eventuali oggetti  
metallici.

Evitare l'uso di lacca per capelli

Riporre telefoni cellulari, ecc....

N.B. : nel caso sia portatrice di spirale predo atto che mi si consiglia di far controllare dal mio ginecologo la corretta  
posizione della stessa dopo l'esecuzione dell'esame R.M.

Data

\_\_\_\_\_

Firma del medico responsabile dell'esecuzione dell'esame

\_\_\_\_\_

il presente questionario deve essere allegato in copia al referto e conservato in sede a cura del personale di servizio.