

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA RISONANZA MAGNETICA (RM) SENZA M.D.C. - SINTESI INFORMATIVA

COS'È

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.

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

A COSA SERVE

Viene utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico dell'encefalo e della colonna vertebrale, dell'addome, pelvi, dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico (articolazioni, osso, tessuti molli).

COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene sdraiato su un lettino e in relazione al tipo di organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare, queste non provocano dolore o fastidio essendo appoggiate all'esterno del corpo, ad eccezione delle bobine endorettali. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa.

COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori direttamente o utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame.

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

I **pazienti**, prima di essere sottoposti all'esame RM, **DEVONO COLLABORARE CON IL MEDICO** (Responsabile della Prestazione Diagnostica) al fine di una corretta compilazione di un apposito "questionario anamnestico" (di seguito riportato) utile ad escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, sia prima, che una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto.

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto l'indagine proposta

rifiuto l'indagine proposta

Medico Radiologo

Firma del paziente

Data

QUESTIONARIO OBBLIGATORIO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI R.M.*

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame che, per le sue valutazioni, si avvale anche delle risposte fornite dal paziente o dal tutore legale (ad esempio in caso di minore).

Data Medico inviante
Cognome Nome C.F.
Data di nascita Peso (Kg) Professioni svolte

Questionario somministrato da

Ha eseguito in precedenza esami in RM	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ultime mestruazioni avvenute	(in data)
Soffre di claustrofobia?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? Ha mai avuto episodi di allergia	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"/>	Se SI specificare a quali sostanze e/o farmaci
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	È affetto da anemia falciforme?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È stato vittima di traumi da esplosione?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ha subito interventi chirurgici? N.B.:Portare tutta la documentazione relativa agli interventi subiti	Testa <input type="checkbox"/> Addome <input type="checkbox"/> Collo <input type="checkbox"/> Estremità <input type="checkbox"/> Torace <input type="checkbox"/> Occhi <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>
È in stato di gravidanza certa o presunta?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

È portatore di:

Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Altri tipi di stimolatori?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Schegge o frammenti metallici?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dispositivo intrauterino (es. IUD, Spirale)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Derivazione spinale o ventricolare?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Valvole cardiache?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Protesi dentarie fisse o mobili	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Stents	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"/>
Defibrillatori impiantati	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Altre protesi (es. Silicone) Localizzazione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Distrattori della colonna vertebrale?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	È portatore di protesi del cristallino?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Pompa per infusioni per insulina o altri farmaci?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	È portatore di piercing? Localizzazione	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"/>	Presenta tatuaggi? Localizzazione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sta utilizzando cerotti medicali?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

IL MEDICO RESPONSABILE 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 Firma del Medico Data

CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame.

Firma del Paziente (*) Data

(*) in caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO

IL PAZIENTE ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione.

Firma del Paziente (*) Data

(*) in caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Firma del Paziente (*) Data

(*) in caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.