

DOCUMENTO INFORMATIVO PER RISONANZA MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO (RMN CON MDC)

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.

PER EFFETTUARE L'ESAME OCCORRE

Togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili, cinta sanitaria, fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, telefoni cellulari, 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, ecc. Si raccomanda di evitare di truccarsi il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità dell'immagine. Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità respirando regolarmente. Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (es. per ipertensione o diabete).

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.

Il Responsabile della Diagnostica per immagini

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). **Portare tutta la documentazione relativa agli interventi eseguiti (documentazione clinica e radiografica) consegnandola al personale sanitario: le verranno restituite insieme all'esame odierno.**

Data Medico inviante.....

Cognome Nome C.F.

Data di nascita Peso (Kg) Professioni svolte.....

- SI ☐ NO ☐ Ha febbre?
- SI ☐ NO ☐ Ha eseguito in precedenza esami in RM?
- SI ☐ NO ☐ Soffre di claustrofobia?
- SI ☐ NO ☐ Ha mai lavorato o lavora come saldatore, tornitore, fabbro, carrozziere, meccanico, ecc...?
- SI ☐ NO ☐ Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?
- SI ☐ NO ☐ È stato vittima di traumi da esplosione?
- SI ☐ NO ☐ È in stato di gravidanza certa o presunta?
- SI ☐ NO ☐ Allattamento?
- SI ☐ NO ☐ Ultime mestruazioni avvenute (in data.....)
- SI ☐ NO ☐ È affetto da anemia falciforme?
- SI ☐ NO ☐ Ha subito interventi chirurgici?
- Testa ☐ Addome ☐ Collo ☐ Estremità ☐ Torace ☐ Occhi ☐ Altro ☐
- SI ☐ NO ☐ È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?

È portatore di:

- SI ☐ NO ☐ Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?
- Dispositivi Cardiaci ☐ Stents ☐ Defibrillatori Impiantati ☐ Valvole Cardiache? ☐
- SI ☐ NO ☐ Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?
- SI ☐ NO ☐ Distrattori della colonna vertebrale?
- SI ☐ NO ☐ Pompa per infusioni per insulina o altri farmaci?
- SI ☐ NO ☐ Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?
- SI ☐ NO ☐ Altri tipi di stimolatori? Quali?.....
- SI ☐ NO ☐ Dispositivo intrauterino (es. IUD, Spirale)?
- SI ☐ NO ☐ Derivazione spinale o ventricolare?
- SI ☐ NO ☐ Protesi dentarie fisse o mobili?
- SI ☐ NO ☐ Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, fili ecc?
- SI ☐ NO ☐ Altre protesi (es. Silicone)? Localizzazione.....
- SI ☐ NO ☐ Schegge o frammenti metallici? Piercing? Tatuaggi eseguiti negli ultimi 6 mesi? Localizzazione.....
- SI ☐ NO ☐ Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?
- SI ☐ NO ☐ Protesi del cristallino?
- SI ☐ NO ☐ Cerotti medicali?

ESPRESSIONE DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Dichiarante:

Il/la sottoscritto/a
nato/a il
Residente in
Via

Perfettamente in grado di intendere e di volere l'atto medico programmato

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore

(2) in qualità di tutore del paziente

Dovendosi sottoporre ad indagine radiologica: **RISONANZA MAGNETICA CON MEZZO DI CONTRASTO (RMN CON MDC)**

che prevede la somministrazione di radiazioni ionizzanti, per (quesito diagnostico)

DICHIARA

- [] Di non essere in stato di gravidanza neppure presunta
[] Di essere in stato di gravidanza alla settimana
[] Di non poter escludere con certezza di essere in gravidanza

.....

Firma del paziente

DICHIARA

di essere stato/a informato/a dal Dr. in modo comprensibile ed esauriente

- Sugli effetti e sui rischi che potrebbero essere causati dall'iniezione con il mezzo di contrasto, sui vantaggi conseguibili a seguito dell'esame e sugli svantaggi legati alla mancata esecuzione dell'esame;
- Che la procedura potrebbe essere modificata qualora in corso d'opera se ne manifesti la necessità
- Di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento **prima dell'esame**

di **ACCETTARE** ☐

di **NON ACCETTARE** ☐

liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto.

Cinisello Balsamo,
Data

.....

Firma del paziente o del rappresentante legale

Firma del Medico

REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a
(Cognome e Nome)

In data dichiara di voler **REVOCARE** il consenso.
Firma del paziente o del rappresentante legale