

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 ☐ NO ☐	Ultime mestruazioni avvenute	(in data
Soffre di claustrofobia?	SI ☐ NO ☐	Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? Ha mai avuto episodi di allergia	SI ☐ NO ☐
Ha mai lavorato o lavora come saldatore, tornitore, fabbro, carrozziere, meccanico, ecc...?	SI ☐ NO ☐	Se SI specificare a quali sostanze e/o farmaci	
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	SI ☐ NO ☐	È affetto da anemia falciforme?	SI ☐ NO ☐
È stato vittima di traumi da esplosione?	SI ☐ NO ☐	Ha subito interventi chirurgici? N.B.: Portare tutta la documentazione relativa agli interventi subiti	Testa ☐ Addome ☐ Collo ☐ Estremità ☐ Torace ☐ Occhi ☐ Altro ☐
È in stato di gravidanza certa o presunta?	SI ☐ NO ☐	È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo	SI ☐ NO ☐

È portatore di:

Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	SI ☐ NO ☐	Altri tipi di stimolatori?	SI ☐ NO ☐
Schegge o frammenti metallici?	SI ☐ NO ☐	Dispositivo intrauterino (es. IUD, Spirale)?	SI ☐ NO ☐
Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	SI ☐ NO ☐	Derivazione spinale o ventricolare?	SI ☐ NO ☐
Valvole cardiache?	SI ☐ NO ☐	Protesi dentarie fisse o mobili	SI ☐ NO ☐
Stents	SI ☐ NO ☐	Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, viti, chiodi, fili, ecc....)	SI ☐ NO ☐
Defibrillatori impiantati	SI ☐ NO ☐	Altre protesi (es. Silicone) Localizzazione	SI ☐ NO ☐
Distrattori della colonna vertebrale?	SI ☐ NO ☐	È portatore di protesi del cristallino?	SI ☐ NO ☐
Pompa per infusioni per insulina o altri farmaci?	SI ☐ NO ☐	È portatore di piercing? Localizzazione	SI ☐ NO ☐
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?	SI ☐ NO ☐	Presenta tatuaggi? Localizzazione	SI ☐ NO ☐
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI ☐ NO ☐	Sta utilizzando cerotti medicali?	SI ☐ NO ☐

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.