

Modulo Consenso Informato alla Risonanza Magnetica

CHE 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, della 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, etc.) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare; queste non provocano dolore o fastidio essendo appoggiate all'esterno del corpo. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio.

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 utilizzando l'apposito interfono presente all'interno della macchina.

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

I Pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono collaborare con il Medico Radiologo/Neuroradiologo (Responsabile della Prestazione Diagnostica) al fine di una corretta compilazione

Modulo Consenso Informato alla Risonanza Magnetica

di un apposito “questionario anamnestico” utile ad escludere ogni possibile controindicazione all’esame stesso.

Si raccomanda quanto segue:

- depositare nell’apposita cassetta ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, etc);
- togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l’udito;
- togliere lenti a contatto o occhiali;
- spogliarsi e indossare l’apposito camice monouso fornito dal Personale di servizio;
- utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal Personale di servizio.

Si raccomanda di evitare di truccare il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini.

Durante tutto l’esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l’ipertensione o il diabete).

QUESTIONARIO ANAMNESTICO per l'esame RM

Sig/Sig.ra: _____ Nato/a il: _____

Ha eseguito in precedenza esami RM?	SI'	NO
Soffre di claustrofobia?	SI'	NO
Ha mai lavorato o lavora come saldatore, tornitore o carrozziere?	SI'	NO
Ha mai subito incidenti stradali o di caccia?	SI'	NO
E' stato vittima di traumi da esplosioni?	SI'	NO
E' in stato di gravidanza certa o presunta?	SI'	NO
Ha subito interventi chirurgici su: Testa _____ Addome _____ Collo _____ Estremità _____ Torace _____ Occhi _____ Altro _____	SI'	NO
E' portatore di: -dispositivi medici o corpi metallici?	SI'	NO
-pacemaker cardiaco o altri cateteri cardiaci?	SI'	NO
-schegge o frammenti metallici?	SI'	NO
-clips e stent su aneurismi, vasi sanguigni, aorta?	SI'	NO
-valvole cardiache artificiali?	SI'	NO
-defibrillatori, pompe di infusione, neurostimolatori?	SI'	NO
-corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?	SI'	NO
-distrattori della colonna vertebrale?	SI'	NO
-dispositivi intrauterini (IUD)	SI'	NO
-derivazioni spinali o ventricolari?	SI'	NO
-protesi dentarie fisse o mobili?	SI'	NO
-altre protesi metalliche?	SI'	NO
-anemia falciforme	SI'	NO
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui non potrebbe essere a conoscenza?	SI'	NO
Portatore di protesi del cristallino?	SI'	NO

Modulo Consenso Informato alla Risonanza Magnetica

Portatore di piercing?	SI'	NO
Portatore di tatuaggi?	SI'	NO

Si raccomanda di depositare nello spogliatoio e/o negli appositi armadietti (muniti di serratura con chiave amagnetica) ogni oggetto metallico, ferromagnetico o con supporto magnetico (ad esempio: telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito); togliere eventuali protesidentarie mobili, apparecchi per l'uditio, lenti a contatto o occhiali.

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI NO

Firma della Paziente _____

IL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELL'ESAME RM

preso atto delle risposte fornite dal Paziente

ed espletata l'eventuale visita medica e/o le ulteriori indagini diagnostiche preliminari

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM_____

Data ____ / ____ / ____ /

CONSENSO INFORMATO CONDIVISO E LIBERAMENTE ESPRESSO DAL PAZIENTE PER L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA

Dopo aver preso visione delle informazioni relative all'esame RM riportate nell'informativa, valutate le informazioni ricevute e i chiarimenti che mi sono stati forniti, ritengo di essere stato sufficientemente informato sui rischi, sulle controindicazioni e sugli eventuali danni per la salute e per la vita legati all'esposizione a campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM.

Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsento all'esecuzione dell'esame.

Data ____ / ____ / ____ / Firma del Paziente _____