

CONSENSO INFORMATO PER ESAME RM

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive ma 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.

Sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi statici di induzione magnetica e alle onde elettromagnetiche RF utilizzati per indagini diagnostiche mediante RM, è prudente non effettuare l'esame RM in Pazienti durante il primo trimestre di gravidanza.

ESECUZIONE DELL'ESAME RM

Per effettuare l'esame RM è necessario:

- togliere eventuale trucco per il viso e lacca per capelli, togliere hair extension
- depositare nello spogliatoio ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, ecc.),
- togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito,
- togliere lenti a contatto o occhiali,
- spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio.

La durata *media* dell'esame RM è circa 30-40 minuti, ma può variare in base ad alcuni fattori quali il quesito diagnostico, la zona anatomica da studiare, le condizioni cliniche del Paziente o, qualora necessario, l'eventuale utilizzo del mezzo di contrasto.

Durante la fase di acquisizione delle immagini RM sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Per ottenere la migliore qualità delle immagini e non compromettere il risultato diagnostico, durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.

Nella sala comando è sempre presente personale di servizio pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità. Il Paziente è munito di un dispositivo di segnalazione ed è sempre in contatto vocale e visivo con gli operatori che vigilano per tutta la durata dell'esame. In caso di insorgenza di disturbi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni, svenimento è opportuno che il Paziente avverta gli operatori.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM. **Tale questionario deve essere ATTENTAMENTE COMPILATO da ogni Paziente prima di essere sottoposto all'esame**, e firmato dal Medico Responsabile dell'esame.

Risposte affermative a uno o più quesiti possono comportare controindicazione anche assoluta all'esecuzione dell'esame.

- Ha eseguito in precedenza esami RM? _____ SI NO
quando? _____ in quale zona del corpo? _____
- Soffre di claustrofobia? _____ SI NO
- Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? _____ SI NO
- Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? _____ SI NO
- E' stato vittima di traumi da esplosioni? _____ SI NO
- E' in stato di gravidanza certa o presunta? _____ SI NO
- Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? _____ SI NO
- Ha subito interventi chirurgici: _____ SI NO

Localizzazione:

Testa *Addome*

Collo *Estremità*

Torace *Occhi*

Altro

JACARONI Centro Diagnostico SRL -TERNI-

- E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? ___ SI NO
- E' portatore di:
 - o Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? _____ SI NO
 - o Schegge o frammenti metallici? _____ SI NO
 - o Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? _____ SI NO

- o Valvole cardiache? _____ SI NO
 - o Stents? _____ SI NO
 - o Defibrillatori impiantati? _____ SI NO
 - o Distrattori della colonna vertebrale? _____ SI NO
 - o Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? _____ SI NO
 - o Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? _____ SI NO
 - o Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? _____ SI NO
 - o Altri tipi di stimolatori? _____ SI NO
 - o Dispositivi intrauterini (IUD/spirale)? _____ SI NO
 - o Derivazione spinale o ventricolare? _____ SI NO
 - o Protesi dentarie fisse o mobili? _____ SI NO
 - o Protesi metalliche (pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo? _____ SI NO
 - o Altre protesi? _____ SI NO
- Localizzazione* _____

- o Ritieni di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza? _____ SI NO
- o E' portatore di protesi del cristallino? _____ SI NO
- o E' portatore di piercing? _____ SI NO *dove* _____
- o Presenta tatuaggi? _____ SI NO *dove* _____
- o Sta utilizzando cerotti medicali? _____ SI NO

Si informa che l'esposizione a campi magnetici o a onde di radiofrequenza può provocare la perdita di efficacia anticoncezionale del dispositivo intrauterino (IUD/spirale): se Lei ne è portatrice la sua firma vale come accettazione a sottoporsi all'esame RM. Si consiglia dopo l'esame di rivolgersi al Ginecologo referente.

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM
preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Firma del Medico Responsabile dell'esame RM.....

Data.....

IL PAZIENTE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____, perfettamente in grado di intendere e di volere, dichiara di essere stato/a sufficientemente informato/a circa l'indicazione, l'utilità, le modalità di esecuzione, sui rischi e sulle controindicazioni all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM, dichiara di aver collaborato nel modo ottimale alla compilazione del questionario anamnestico, ed acconsente all'esecuzione dell'esame RM.

In particolare per le Pazienti di sesso femminile si dichiara di prendere atto che l'esecuzione dell'esame RM durante i primi tre mesi di gravidanza è sconsigliata, sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi elettromagnetici, tranne che nei casi di effettiva e improrogabile necessità.

Firma del paziente (*) Data

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