

# SCHEDA INFORMATIVA E DI CONSENSO ALL'ESAME CON RISONANZA MAGNETICA (Tec-Que-QRMN v0)

Rif: del \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ C. Fisc.: \_\_\_\_\_  
Nato: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Et : \_\_\_\_\_ Sesso : \_\_\_\_\_ Telef.: \_\_\_\_\_  
Res.: \_\_\_\_\_ M. Base: \_\_\_\_\_



Esami: - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI PER L'UTENTE CHE EFFETTUA UNA RISONANZA MAGNETICA (RM)

Gentile Sig./ra \_\_\_\_\_

prima di sottoporsi all'esame di RM Le consigliamo di leggere le seguenti note che potranno aiutarla ad effettuare con maggior sicurezza e serenit  questo esame. L'indagine di Risonanza utilizza un **campo magnetico intenso** e onde elettromagnetiche a radiofrequenza. L'elevata intensit  del campo magnetico esercita, con una potente calamita, una forte attrazione su materiali ferromagnetici di cui Lei pu  essere portatore (come per esempio schegge o punti di sutura metallici), con conseguente possibilit  di creare effetti indesiderati.

L'attenta **compilazione del questionario** che ha ricevuto, garantisce la prevenzione di tali possibili evenienze.

E' prudente escludere dalla RM le **gestanti**, in particolare nel primo trimestre di gravidanza, anche se non   stata comprovata la sensibilit  dell'embrione ai campi magnetici e di radiofrequenza utilizzati per tali indagini.

L'indagine di RM pu  richiedere un tempo variabile da **30 a 60 minuti**, durante i quali Le chiediamo di mantenere l'**assoluta immobilit **. Movimenti anche piccoli possono infatti seriamente danneggiare la qualit  dell'esame.

Durante l'esame la macchina provocher  un **rumore ritmico** causato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura.

Per lo studio di alcuni organi od apparati pu  essere indicato e necessario l'uso di sostanze paramagnetiche - il cosiddetto **mezzo di contrasto** - che Le verr  iniettato per via endovenosa.

A riguardo La informiamo che le caratteristiche di tali farmaci "permettono tranquillit  di impiego, pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilit , caratteristici di ogni formulazione iniettabile" (Circolare del Ministero della Sanit  900. VI/11.AG./642 del 17.9.97)

**In caso di necessit ** e in qualsiasi momento, Lei potr  comunicare con gli operatori sanitari presenti in sala comando: il microfono collocato all'interno dell'abitacolo   costantemente attivato. In qualsiasi momento l'esame pu  essere sospeso senza conseguenze dannose.

### Le raccomandiamo infine di:

- asportare dal volto eventuali cosmetici;
- lasciare nello spogliatoio tutti gli oggetti metallici (fermagli per capelli, forcine, mollette, occhiali, fibbie, orologio, chiavi, orecchini mobili, catenine, ecc.), i tesserini magnetici, le carte di credito; togliere eventuali apparecchi per udito, dentiere mobili, cinta sanitaria, lenti a contatto;
- indossare solamente il camice ospedaliero che trover  nello spogliatoio,
- esibire la documentazione clinica, radiologica e strumentale relativa ad accertamenti precedentemente eseguiti.

**L'esame di Risonanza Magnetica   alla luce di quanto spiegatoLe, secondo le conoscenze attuali, innocuo per l'organismo umano. Tuttavia:**

- in alcuni casi l'esame pu  provocare importanti effetti indesiderati e non pu  quindi essere eseguito (gruppo "A")
- in altri casi pu  essere eseguito tranquillamente ma solo dopo valutazione medica o con alcune avvertenze (gruppo "B")

Pertanto, allo scopo di individuare eventuali situazione a rischio e garantire la pi  totale sicurezza   necessario compilare il questionario seguente.

GRUPPO " A " (RM NON ESEGUIBILE)	... continua GRUPPO " B "
E' portatore di :	protesi peniene * <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
pace maker o defibrillatore interno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	impianti oculari (molle palpebrali, punti retinici) * <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
protesi cocleari (orecchio interno) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	punti metallici da pregresso intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
neurostimolat. o stimolanti di crescita ossea <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	schegge metalliche, proiettili <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
protesi oculari magnetiche <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	frammenti metallici intraoculari <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	cateteri di derivazione spinale o ventricolare * <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	cateteri di Swan-Ganz <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	filtri vascolari, stent <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	spirale intrauterina (IUD) e diaframma contraccettivo * <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	tatuaggi estesi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	soffre di claustrofobia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	pompe impiantabili per infusione di farmaci non RM compatib. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Soffre di anemia falciforme <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	E' in gravidanza o presume di esserlo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Soffre di asma o allergie (farmaci, mezzi di contrasto etc) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

\* = In caso di risposta affermativa   necessario fornire documentazione di compatibilit  magnetica da parte della struttura che ha effettuato intervento

Dichiaro di avere risposto con precisione alle domande sopra elencate.

Dichiaro anche di essere stato adeguatamente informato sulla indagine che devo effettuare ed esprimo a tal fine il mio consenso.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

FIRMA DELL'UTENTE \_\_\_\_\_

**A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE:** In base ai dati anamnestici forniti dal paziente ed ai dati clinici attualmente in mio possesso non si rilevano discrepanze rispetto a quanto dichiarato dal/la Sig./ra \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

TIMBRO e FIRMA MEDICO RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE \_\_\_\_\_

## ATTENZIONE

(allegato alla scheda informativa e di consenso all'esame con Risonanza Magnetica)

Rif: del

Nome: \_\_\_\_\_ C.Fisc: \_\_\_\_\_  
Nato: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Et :\_\_\_\_ Sesso : \_\_ Telef.: \_\_\_\_\_  
Res.: \_\_\_\_\_ M.Base: \_\_\_\_\_

Prima di eseguire la Risonanza Magnetica   indispensabile accertarsi che all'interno del corpo non vi siano corpi estranei metallici ( clips, retine, protesi, viti ortopediche, protesi otologiche, protesi valvolari cardiache, protesi al cristallino, protesi peniene, punti metallici, schegge metalliche, proiettili, spirale intrauterina, diaframma contraccettivo, pompe per infusione).  
A questo scopo, a ulteriore completamento della modulistica allegata, deve indicare qui di seguito tutti gli interventi che ha eseguito nella sua vita:

INTERVENTO	ANNO	POSSIBILE PRESENZA DI MATERIALE METALLICO (clips, retine, protesi, viti ortopediche, protesi otologiche, protesi valvolari cardiache, protesi al cristallino, protesi peniene, punti metallici, schegge metalliche, proiettili, spirale intrauterina e diaframma contraccettivo, pompe per infusione)

**Se il Suo medico ritiene possibile, relativamente agli interventi da Lei sopra dichiarati, la presenza di materiale metallico, deve segnalarlo nell'apposita colonna ed   necessario che Lei chieda all'Ospedale dove ha eseguito l'intervento, "un attestato di compatibilit  RM per i materiali utilizzati nell'intervento".**

**In mancanza di tale attestato non sar  possibile eseguire l'esame.**

Firmato

Il medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame

N.B. Per informazioni rivolgersi al numero di tel. 049 - 8044836