

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, 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.

COSA PUO' 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 un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame.

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

Si raccomanda quanto segue: depositare nello spogliatoio o negli appositi armadietti **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, 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 PRELIMINARE

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. La controfirma del paziente a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce – fra le altre, anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte false o mendaci ai quesiti sottopostigli.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
e residente a _____ in Via _____

DA COMPILARE IN CASO DI PAZIENTE MINORE O INCAPACE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
e residente a _____ in Via _____
in qualità di _____

DICHIARA

Ha eseguito in precedenza esami RM?	SI	NO
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
È stato vittima di traumi da esplosioni?	SI	NO
Ha subito interventi chirurgici su: Testa Addome Collo Estremità Torace Occhi Altro.....	SI	NO
È a conoscenza di avere 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
È portatore di Schegge o frammenti metallici?	SI	NO
È portatore di clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	SI	NO
È portatore di valvole cardiache?	SI	NO
È portatore di stents?	SI	NO
È portatore di defibrillatori impiantati?	SI	NO
È portatore di distrattori della colonna vertebrale?	SI	NO
È portatore di pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	SI	NO
È portatore di corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	SI	NO
È portatore di neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI	NO
È portatore di altri tipi di stimolatori?	SI	NO
È portatore di un dispositivo intrauterino (IUD)?	SI	NO
È portatore di derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO
È portatore di protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
È portatore di protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.)?	SI	NO
È portatore di altre protesi? Localizzazione.....	SI	NO
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza?	SI	NO
È affetto da anemia falciforme?	SI	NO
È portatore di protesi del cristallino?	SI	NO
È portatore di piercing? Localizzazione.....	SI	NO
Presenta tatuaggi? Localizzazione.....	SI	NO
Sta utilizzando cerotti medicali?	SI	NO

DICHIARAZIONE DI STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA **SI** **NO**

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

preso atto delle risposte fornite dal paziente, della richiesta medica allegata ed espletata l'eventuale visita medica e/o
ulteriori indagini diagnostiche preliminari, giustifica e autorizza l'esecuzione dell'indagine RM.

Medico Radiologo: _____ Firma

TSRM: _____ Firma

CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Il paziente 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

accetto l'indagine proposta

rifiuto l'indagine proposta

Data

Firma del paziente _____