



Compilare solo in caso di impossibilità  
alla stampa dell'etichetta

Cognome: .....

Nome: .....

Data di nascita: \_\_/\_\_/\_\_

Settore Risonanza Magnetica  
Tel. 02.8184.4794

## **MODULO INFORMATIVO ESAME RM**

### **CHE COS'E' LA RISONANZA MAGNETICA**

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.**

L'allattamento al seno, viceversa, non costituisce una controindicazione assoluta ma solo relativa alla somministrazione di mezzo di contrasto. L'impiego del mezzo di contrasto a base di sostanze paramagnetiche è generalmente ben tollerato e non provoca alcuna sensazione particolare. Raramente possono comunque verificarsi episodi di ipersensibilità come orticaria o altri fenomeni allergici. In casi rarissimi sono stati riportati episodi di shock anafilattico. Il sito RM garantisce sempre la presenza di personale medico specializzato pronto ad intervenire in caso di emergenze mediche di tale genere.

### **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).

Il suo medico curante Le ha prescritto una Risonanza Magnetica e cioè un esame di diagnostica per immagini finalizzato allo studio di uno o più distretti corporei al fine di individuare la sede e la natura di una eventuale patologia o per stadiazione o follow-up della Sua malattia. Le informazioni che si potranno ottenere da questo esame saranno di aiuto per giungere alla formulazione di una diagnosi del Suo problema sanitario.

### **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 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**

Prima dell'inizio dell'esame Lei sosterrà un colloquio preliminare con un medico radiologo e/o un tecnico di radiologia medica: è importante che il professionista sanitario sia a conoscenza del problema clinico nella sua interezza; **mostri tutta la documentazione clinica relativa (altri esami diagnostici, terapie in corso, interventi chirurgici eseguiti, ecc.) in suo possesso.**

I pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono rispondere alle domande poste dal medico secondo un apposito **"questionario anamnestico"** (di seguito riportato) al fine di escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

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, etc),
- togliere eventuali protesi dentarie, corone temporanee mobili, cinto erniario e apparecchi per l'udito;
- togliere lenti a contatto o occhiali;
- asportare eventuale trucco per il viso e lacca per capelli in quanto possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini;
- 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.

**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).

Si raccomanda unicamente il digiuno, in caso di colangio-RM e il previo riempimento della vescica negli studi della pelvi.

### **DISAGI, EFFETTI INDESIDERATI E CONSEGUENZE INEVITABILI DELL'INDAGINE**

Nel corso dell'esame RM è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse. L'evenienza più probabile è rappresentata da una crisi di claustrofobia a carattere passeggero.

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO

### Dati Paziente:

Cognome .....
Nome.....
Data e luogo di nascita .....
Peso (kg) .....
Indagine richiesta .....
<i>Ambulatoriale</i> Residenza ..... Recapito tel .....

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM e deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM che, per le sue valutazioni, si avvale delle risposte fornite dal paziente o dal tutore legale.

### Controindicazioni assolute che precludono l'esecuzione dell'esame:

E' portatore di:	SI	NO
• <b><i>Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?</i></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b><i>Pompa sotto cute di infusione per insulina o altri farmaci?</i></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Elementi anamnestici che **necessitano di valutazione** da parte del Medico Radiologo

	SI	NO
<b><i>Soffre di claustrofobia?</i></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore o carrozziere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai subito incidenti stradali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai subito incidenti da caccia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' stato vittima di traumi da esplosione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha subito interventi chirurgici nei seguenti distretti:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
testa _____ collo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
torace _____ addome _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
estremità _____ altro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><i>E' portatore di clips su aneurismi (vasi sanguigni) aorta – cervello?</i></b>		
(quando non specificatamente RM-compatibili)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' portatore di schegge o altri frammenti metallici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' portatore di valvole cardiache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' portatore di distrattori della colonna vertebrale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' portatore di corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' portatore di neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri tipi di stimolatori? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' portatore di derivazione spinale o ventricolare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E' portatore di protesi metalliche per pregresse fratture, interventi correttivi articolari (ad esempio: chiodi , viti, filo)?; se sì, precisare la localizzazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' portatore di protesi dentarie fisse o mobili?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' portatore di protesi del cristallino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre protesi? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' portatore di stents?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' portatore di defibrillatori impiantati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' portatore di dispositivi di contraccezione intra-uterini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' in stato di gravidanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultime mestruazioni avvenute:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' portatore di cerotti medicati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' portatore di tatuaggi o piercing   Localizzazione: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È affetta/o da anemia falciforme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha eseguito in precedenza esami RM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione di mezzo di contrasto RM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Per effettuare l'esame RM occorre togliere:**

eventuali lenti a contatto – apparecchi per l'udito – dentiera – corone temporanee mobili – cinta erniaria – fermagli per capelli – mollette – occhiali – gioielli – orologi – carte di credito o altre schede magnetiche – coltelli tascabili – ferma soldi – monete – chiavi – ganci – automatici – bottoni metallici – spille – vestiti con lampo – pinzette metalliche – punti metallici – limette – forbici – altri eventuali oggetti metallici.

Prima di sottoporsi all'esame RM si prega di asportare eventuali cosmetici dal viso e lacche per capelli.

**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 Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*(nome, cognome e firma)*

**CONSENSO INFORMATO** del paziente all'esecuzione dell'indagine RM

**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, acconsente l'esecuzione dell'esame.

**Firma del paziente:** ..... Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Se minore: Madre ..... Padre .....  
*(nome, cognome e firma)* *(nome, cognome e firma)*

Tutore/Amministratore di sostegno: .....  
*(nome, cognome e firma)*

Eventuale Interprete: .....  
*(nome, cognome e firma)*



Applicare etichetta  
anagrafica paziente  
con codice a barre

Compilare solo in caso di impossibilità  
alla stampa dell'etichetta

Cognome: .....

Nome: .....

Data di nascita: \_\_/\_\_/\_\_

Settore Risonanza Magnetica  
Tel. 02.8184.4794

## CONSENSO INFORMATO PER L'UTILIZZO DI MEZZO DI CONTRASTO

In alcuni casi, per una miglior valutazione diagnostica, a giudizio del Radiologo Dirigente esaminatore che ne ravvisa la necessità, l'esame verrà eseguito anche dopo somministrazione di mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa. Il contrasto paramagnetico, a tutt'oggi, non ha dimostrato significativi effetti collaterali gravi. Tuttavia il suo uso è controindicato nei casi di insufficienza renale (GFR<30)

A tale proposito sono necessarie alcune informazioni preliminari

	SI	NO
Soffre di allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valore recente (ultimi 3 mesi) di creatinine mia: _____		

Il farmaco somministrato può determinare, anche se molto raramente, effetti secondari indesiderati, generalmente di lieve entità e di breve durata. Sono possibili, anche se in casi eccezionali, reazioni più gravi per le quali verranno prestate tempestivamente le cure più appropriate. Per sottoporsi all'esame RM con mezzo di contrasto lei deve autorizzarne l'uso.

	SI	NO
Io sottoscritto/sottoscritta _____		
acconsento alla somministrazione del mezzo di contrasto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sopra riportate

**FIRMA DEL PAZIENTE** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL GENITORE O DEL TUTORE** \_\_\_\_\_

Confermo di aver informato il paziente circa la procedura sopra riportata

**FIRMA DEL MEDICO RESPONSABILE  
DELL'ESECUZIONE DELL'ESAME** \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Questo questionario è approvato dal **Gruppo Regionale Lombardo della SIRM (Società Italiana di Radiologia Medica)**.