

## Azienda ULSS 5 “OVESTVICENTINO” U.O.C. Radiologia

### SCHEDA INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Sig./Sig.ra.....nato/a il.....

*Gentile utente,*

*prima di sottoporsi all'esame di RM, Le consigliamo di leggere le seguenti note che potranno aiutarla ad effettuare con maggior sicurezza e serenità questo esame.*

L'indagine di Risonanza Magnetica sfrutta un **campo magnetico intenso** e onde radio per creare immagini del corpo. L'elevata intensità del campo magnetico esercita, come una potente calamita, una forte attrazione su materiali ferromagnetici di cui Lei può essere portatore (per esempio schegge o punti di sutura metallici), con conseguente possibilità di creare effetti indesiderati.

La **compilazione del presente questionario** permette di individuare situazioni a rischio di tali possibili evenienze.

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

L'indagine di RM può richiedere un tempo variabile (in media da 30 a 60 min), durante i quali Le chiediamo di mantenere l'**assoluta immobilità**. Movimenti anche piccoli possono, infatti, seriamente compromettere la qualità dell'esame.

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

Alcuni studi richiedono l'uso di mezzo di contrasto paramagnetico, che Le sarà iniettato per via endovenosa, e che richiede il digiuno da almeno 4-5 ore.

*Al riguardo La informiamo che le caratteristiche di tali farmaci "permettono tranquillità di impiego, pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione iniettabile".(Circolare del Ministero della Sanità 900. VI/11.AG./642 del 17.9.97)*

Per tutta la durata dell'esame, Lei sarà in collegamento audiofonico e visivo con gli operatori sanitari presenti in sala comando. In qualsiasi momento l'esame può essere sospeso senza conseguenze dannose.

#### **Le raccomandiamo di:**

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

#### **Eventuali terapia non vanno sospese.**

**L'esame di Risonanza Magnetica è, allo stato delle conoscenze attuali, innocuo per l'organismo umano. Tuttavia,** in alcuni casi, l'esame può provocare importanti effetti indesiderati e **non può quindi essere eseguito (gruppo "A")**, mentre in altri casi può essere eseguito tranquillamente solo dopo valutazione medica o con alcune avvertenze (gruppo "B").

Pertanto, per individuare situazioni a rischio e garantire la più totale sicurezza è necessario compilare il questionario seguente.

**GRUPPO "A" (RM NON ESEGUIBILE)**

---

E' portatore di pace maker o defibrillatore interno	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
protesi cocleari (orecchio interno)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
neurostimolatori o stimolanti di crescita ossea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
protesi oculari magnetiche	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**GRUPPO "B" (NECESSARIA VALUTAZIONE MEDICA O AVVERTENZE)**

---

E' portatore di clips vascolari cerebrali (aneurisma)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
protesi o viti ortopediche	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
protesi al cristallino	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
protesi otologiche (orecchio medio)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
espansori mammari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
protesi valvolari cardiache	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
protesi peniene	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
impianti oculari (molle palpebrali, punti retinici)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
punti metallici da pregresso intervento	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
schegge metalliche, proiettili	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
frammenti metallici intraoculari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
cateteri di derivazione spinale o ventricolare	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
cateteri di vascolari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
filtri vascolari, stent	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
spirale intrauterina (IUD) e diaframma contraccettivo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
tatuaggi estesi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
pompe per infusione di farmaci <b>non</b> RM compatibili	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
E' in gravidanza o presume di esserlo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Soffre di anemia falciforme, di asma o di allergie	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Soffre di claustrofobia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Eventuali interventi chirurgici (specificare)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

★ In caso di risposta affermativa è necessario fornire documentazione di compatibilità magnetica da parte della Struttura che ha effettuato l'intervento.

Dichiaro di avere risposto con precisione alle domande sopra elencate.

Dichiaro anche di essere stato adeguatamente informato sull'indagine che devo effettuare, e dei rischi conseguenti all'eventuale somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto, ed esprimo a tal fine il mio consenso.

Data

FIRMA

.....

.....

**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 Sig. ....

Data

FIRMA e TIMBRO

.....

.....