Modulo Consenso Informato alla Risonanza Magnetica

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, della 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, etc.) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare; queste non provocano dolore o fastidio essendo appoggiate all'esterno del corpo. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio.

COSA PUÒ 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 l'apposito interfono presente all'interno della macchina.

PREPARAZIONE NECESSARIA - RACCOMANDAZIONI

I Pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono collaborare con il Medico Radiologo/Neuroradiologo (Responsabile della Prestazione Diagnostica) al fine di una corretta compilazione

di un apposito "questionario anamnestico" utile ad escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

Si raccomanda quanto segue:

- depositare nell'apposita cassetta 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 e apparecchi per l'udito;
- togliere lenti a contatto o occhiali;
- spogliarsi e 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 ANAMNESTICO per l'esame RM

Sig/Sig.ra: _____ Nato/a il: _____

Ha eseguito in precedenza esami RM?	SI'	NO
Soffre di claustrofobia?	SI'	NO
Ha mai lavorato o lavora come saldatore, tornitore o carrozziere?	SI'	NO
Ha mai subito incidenti stradali o di caccia?	SI'	NO
E' stato vittima di traumi da esplosioni?	SI'	NO
E' in stato di gravidanza certa o presunta?	SI'	NO
Ha subito interventi chirurgici su: Testa_____Addome_____Collo_____Estremità_____Torace____ Occhi_____Altro_____	SI'	NO
E' portatore di:	SI'	NO
-dispositivi medici o corpi metallici?	SI'	NO
-pacemaker cardiaco o altri cateteri cardiaci?	SI'	NO
-schegge o frammenti metallici?	SI'	NO
-clips e stent su aneurismi, vasi sanguigni, aorta?	SI'	NO
-valvole cardiache artificiali?	SI'	NO
-defibrillatori, pompe di infusione, neurostimolatori?	SI'	NO
-corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?	SI'	NO
-distrattori della colonna vertebrale?	SI'	NO
-dispositivi intrauterini (IUD)	SI'	NO
-derivazioni spinali o ventricolari?	SI'	NO
-protesi dentarie fisse o mobili?	SI'	NO
-altre protesi metalliche?	SI'	NO
-anemia falciforme	SI'	NO
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui non potrebbe essere a conoscenza?	SI'	NO
Portatore di protesi del cristallino?	SI'	NO

Portatore di piercing? SI' NO

Portatore di tatuaggi? SI' NO

Si raccomanda di depositare nello spogliatoio e/o negli appositi armadietti (muniti di serratura con chiave amagnetica) ogni oggetto metallico, ferromagnetico o con supporto magnetico (ad esempio: telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito); togliere eventuali protesidentarie mobili, apparecchi per l'udito, lenti a contatto o occhiali.

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

□ SI □ NO

Firma della Paziente _____

IL MEDICO RADIOLOGO RESPONSABILE DELL'ESAME RM

preso atto delle risposte fornite dal Paziente

ed espletata l'eventuale visita medica e/o le ulteriori indagini diagnostiche preliminari

AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM_____

Data _____/_____/_____/

CONSENSO INFORMATO CONDIVISO E LIBERAMENTE ESPRESSO DAL PAZIENTE

PER L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI RISONANZA MAGNETICA

Dopo aver preso visione delle informazioni relative all'esame RM riportate nell'informativa, valutate le informazioni ricevute e i chiarimenti che mi sono stati forniti, ritengo di essere stato sufficientemente informato sui rischi, sulle controindicazioni e sugli eventuali danni per la salute e per la vita legati all'esposizione a campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM.

Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite, acconsento all'esecuzione dell'esame.

Data _____/_____/_____/ Firma del Paziente _____