

DATI DEL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____
Data e luogo di nascita _____ Peso _____ (Kg)
Residenza _____ Tel. _____
Indagine richiesta _____

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.

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 straiato 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 endoretali.

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

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 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 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).

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 si prega di asportare cosmetici dal viso.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RM

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

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
E' stato vittima di traumi da esplosioni ?	SI	NO
E' in stato di gravidanza certa o presunta ?	SI	NO
Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto ?	SI	NO
Ha subito interventi chirurgici su: <i>Testa:</i> _____ <i>Addome:</i> _____ <i>Collo:</i> _____ <i>Estremità:</i> _____ <i>Torace:</i> _____ <i>Occhi:</i> _____ <i>Altro:</i> _____	SI	NO
E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo ?	SI	NO
E' portatore di Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci ?	SI	NO
E' portatore di Schegge o frammenti metallici ?	SI	NO
E' portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ?	SI	NO
E' portatore di Valvole cardiache ?	SI	NO
E' portatore di Stents ?	SI	NO
E' portatore di Defibrillatori impiantati ?	SI	NO
E' portatore di Distrattori della colonna vertebrale ?	SI	NO
E' portatore di Pompa di infusione per insulina o altri farmaci ?	SI	NO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito ?	SI	NO
E' portatore di Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali ?	SI	NO
E' portatore di altri tipi di stimolatori ? <i>Localizzazione:</i> _____	SI	NO
E' portatore di Dispositivo intrauterino (IUD) ?	SI	NO
E' portatore di Derivazione spinale o ventricolare ?	SI	NO
E' portatore di Protesi dentarie fisse o mobili ?	SI	NO
E' portatore di Protesi metalliche come viti, chiodi, filo, etc... ?	SI	NO
E' portatore di altre protesi ? <i>Localizzazione:</i> _____	SI	NO
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi/corpi metallici nel corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza ?	SI	NO
E' portatore di protesi del cristallino ?	SI	NO
E' portatore di piercing ? <i>Localizzazione:</i> _____	SI	NO
Presenta tatuaggi ? <i>Localizzazione:</i> _____	SI	NO
Sta utilizzando cerotti medicali ?	SI	NO

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

Data _____

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM _____

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

Data _____

Firma del paziente * _____

* In caso di paziente minorenni è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci.

Data _____	Firma del Medico Richiedente _____
------------	------------------------------------