

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 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 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

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. 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)

SINTESI INFORMATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO IN RM

La somministrazione del mezzo di contrasto per via endovenosa è parte integrante dell'esame RM e, in alcuni tipi di indagine, è indispensabile per una corretta diagnosi. 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). I pazienti con insufficienza renale lieve devono eseguire preliminarmente il dosaggio della CREATININA del sangue (ESUR 2012) e presentarlo al personale medico della sezione di RM per poterne valutare la funzionalità renale. Infatti i pazienti affetti da insufficienza renale moderata e severa ai quali venga somministrato per via endovena un mezzo di contrasto a base di Gadolinio sono esposti maggiormente al rischio di sviluppare una rara patologia nota con il nome di Fibrosi Sistemica Nefrogenica (FSN). La FSN è una patologia rara caratterizzata da ispessimento della cute e dei tessuti connettivi, debilitante e potenzialmente fatale. In base alle recenti evidenze in letteratura, l'uso del mezzo di contrasto a base di Gadolinio, in pazienti considerati ad alto rischio, nei dializzati e/o sottoposti a trapianto renale, è strettamente legato ad una scelta consapevole e condivisa tra il clinico richiedente e medico radiologo, nel rispetto del minor costo biologico e migliore risposta diagnostica. - La somministrazione del mezzo di contrasto può talora comportare alcuni lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito) che un'incidenza non prevedibile e

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PRELIMINARE

	SI	NO
Ha eseguito in precedenza esami RM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soffre di claustrofobia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È stato vittima di traumi da esplosioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultime mestruazioni avvenute: _____		
Ha subito interventi chirurgici su:		
<input type="checkbox"/> Testa <input type="checkbox"/> Collo <input type="checkbox"/> Addome <input type="checkbox"/> Estremità <input type="checkbox"/> Torace <input type="checkbox"/> Altro: _____		
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di schegge o frammenti metallici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di:		
Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valvole cardiache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stents?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defibrillatori impiantati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrattori della colonna vertebrale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atri tipi di stimolatori?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corpi intrauterini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derivazione spinale o ventricolare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protesi dentarie fisse o mobili?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre protesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Localizzazione: _____		
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni supplementari		
È affetto da anemia falciforme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di protesi del cristallino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di piercing o tatuaggi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Localizzazione: _____		
Sta utilizzando cerotti medicali?	<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 si prega di asportare cosmetici dal viso.		

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISENNO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI
RISONANZA MAGNETICA SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO****Dichiarante**Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
residente in _____ Via _____ **in qualità di paziente.** **Rappresentante legale del paziente:** genitore/i tutore amministratore di sostegno

cognome e nome _____

nato/a il ___ / ___ / ___ a _____

Per pazienti minorenni firmano entrambi i genitori.

Il genitore che sottoscrive il presente modulo in assenza dell'altro genitore, dichiara – sotto la propria responsabilità – di manifestare la volontà di entrambi gli esercenti la potestà genitoriale. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000. Il dichiarante è consapevole delle conseguenze in termini di responsabilità penale, che derivano dal rilasciare attestazioni non veritiere.

Informato/a dal Dott. _____ - sul tipo di
indagine diagnostica da eseguire e precisamente Risonanza Magnetica.

Reso/a consapevole: - sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali; - della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.; - dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

 accetto l'indagine proposta **rifiuto l'indagine proposta**

Medico radiologo _____

Eventuale interprete _____

Firma del paziente* _____ Data _____

Consenso informato alla somministrazione di mezzo di contrasto. Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione.

Firma del paziente* _____ Data _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA SI NO

Firma del paziente* _____ Data _____

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME? Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso. La preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Firma del paziente* _____ Data _____