

CONSENSO INFORMATO ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Descrizione dell'esame

L'esame di Risonanza Magnetica (RM) viene effettuato senza l'impiego di raggi X, né di altre radiazioni ionizzanti o di sostanze radioattive. Utilizza campi magnetici di elevata intensità che esercitano notevoli forze (come grosse calamite) e onde di radiofrequenza simili a quelle delle trasmissioni radio-televisive.

L'esame non è doloroso o fastidioso ma provoca soltanto una sensazione di calore. secondo le conoscenze attuali è esente da rischi. Il paziente viene disteso su un lettino e attorno alla parte del corpo da esaminare viene posta una bobina, in pratica un'antenna che trasmette e riceve le radiofrequenze; viene poi introdotto in un largo cilindro all'interno del quale è presente il campo magnetico. Ha quindi inizio l'esame che dura da 15 a 30 minuti e talvolta anche di più. Per tutta la durata dell'esame il paziente deve restare immobile sul lettino per consentire informazioni diagnostiche della migliore qualità: anche il minimo movimento può pregiudicare il risultato finale. Durante l'esame si sente un rumore ritmico, provocato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura. Nella sala di comando è comunque presente il personale addetto, per tutta la durata dell'esame, che potrà parlare e ascoltare mediante un sistema interfonico o essere chiamato in qualsiasi momento in caso di necessità. Il paziente non deve parlare durante l'esame, se non in caso di necessità o a meno che non gli venga espressamente richiesto.

La conformazione tubolare dell'apparecchio ed il tempo necessario all'esecuzione dell'esame, possono indurre nel paziente sottoposto all'indagine RM una sensazione di "claustrofobia". La presenza sul corpo di tatuaggi ed in particolare quelli eseguiti con pigmenti a base di metalli, può disturbare l'esame e provocare irritazione cutanea.

L'esame potrebbe inibire l'efficacia dei contraccettivi intrauterini (IUD).

L'esame può richiedere la somministrazione per via endovenosa di un mezzo di contrasto che evidenzia meglio alcune parti del corpo. Questa sostanza, di norma, non determina inconvenienti ma può provocare, seppur raramente, alcune reazioni di tipo allergico.

L'ESAME NON PUÒ ESSERE ESEGUITO SU PAZIENTI:

- PORTATORI DI PACE MAKER O DI DISPOSITIVI ENDOCORPOREI AD ATTIVAZIONE MAGNETICA (ES. ELETTRODI, NEUROSTIMOLATORI);
- PORTATORI DI PROTESI FERROMAGNETICHE O DI NON ACCERTABILE COMPATIBILITÀ CON I CAMPI MAGNETICI, POSIZIONATI IN SEDE ENDOCRANICA, ENDOORBITARIA, ENDOVASCOLARE O SUSCETTIBILI DI MOBILITÀ PASSIVA.

Prima dell'esame occorre sapere che:

1. Prima dell'esecuzione dell'esame, il Medico responsabile sottoporrà il paziente ad un approfondito questionario anamnestico per raccogliere eventuali elementi che possono costituire controindicazione all'esecuzione dell'esame.
2. Il paziente dovrà riporre nell'apposita cassetta presente all'interno dello spogliatoio o comunque lasciare nello spogliatoio tutti seguenti oggetti:
 - orologio, carte di credito, tessere magnetiche di qualsiasi tipo poiché possono deteriorarsi sotto l'azione del campo magnetico;

- occhiali, forcine per capelli, spille, gioielli e anelli, orecchini, piercing, monete, chiavi, fibbie cinture, ferma soldi, monete, bretelle ganci, protesi dentarie mobili perché verrebbero attratti dal campo magnetico;
 - togliere ogni indumento dotato di ganci automatici, bottoni metallici, cerniere lampo, ferretti, punti metallici (come quelli applicati in tintoria).
3. Le lenti a contatto dovranno essere tolte prima di essere sottoposti all'esame perché possono deformarsi.
 4. Il trucco dovrà essere tolto dal viso e dagli occhi perché disturba l'esame.
 5. Occorre cambiarsi d'abito ed indossare il camice ospedaliero che si troverà nello spogliatoio.

CONSENSO

Si prega di firmare questa dichiarazione di consenso informato all'esecuzione dell'esame (eventualmente anche mediante la somministrazione endovenosa di sostanze paramagnetiche in caso di necessità) confermando di avere letto il documento in ogni sua parte.

Se il paziente è minorenne il consenso deve essere rilasciato da un genitore o da chi ne esercita la potestà.

Data _____

Firma del paziente _____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

PER L'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

(Allegato 1 D.M. 02/08/1991)

Cognome _____ Nome _____

Domicilio _____ Tel. _____

Sesso ____ Data di nascita ____ / ____ / ____ Peso (Kg) _____ Altezza (cm) _____

Distretto da esaminare _____

Quesito diagnostico _____

- Ha effettuato in precedenza esami di Risonanza Magnetica? SI NO
- Ha avuto reazioni allergiche dopo mezzi di contrasto per Risonanza Magnetica? 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? SI NO
- Ultime mestruazioni avvenute? _____

E' a conoscenza di avere uno o più dei seguenti dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?

SI NO

Se si, specificare:

- schegge o frammenti metallici? SI NO
- clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? SI NO
- valvole cardiache? SI NO
- stents?
- defibrillatori impiantati?
- distrattori della colonna vertebrale? SI NO
- pompa di infusione per insulina o altri farmaci? SI NO
- pace – maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? SI NO
- corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? SI NO

– neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI	NO
– altri tipi di stimolatori?		
– corpi intrauterini?	SI	NO
– derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO
– protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.) viti, chiodi, filo, ecc. localizzazione _____	SI	NO
– protesi dentarie fisse o mobili? localizzazione _____	SI	NO

Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?

Ha subito interventi chirurgici su:

Testa.....	Addome.....
Collo.....	Estremità.....
Torace.....	Altri.....

- | | | |
|---|----|----|
| – è portatore di protesi del cristallino? | SI | NO |
| – è affetto da anemia falciforme? | SI | NO |
| – è portatore di lenti intraoculari? | SI | NO |
| – è portatore di piercing? | SI | NO |
| localizzazione _____ | | |
| - presenta tatuaggi? | SI | NO |
| localizzazione _____ | | |

Per effettuare l'esame occorre togliere:

eventuali lenti a contatto – apparecchi per l'udito – dentiera – corone temporanee mobili – cinta sanitaria – fermagli per capelli – mollette – occhiali – girelli – 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 (ad esempio applicati agli indumenti in tintoria) – limette – forbici – ed altri eventuali oggetti metallici.

Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal volto.

Il Medico Radiologo responsabile dell'esecuzione dell'esame preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica AUTORIZZA l'esecuzione dell'indagine RM.

Firma del Medico Radiologo

Responsabile dell'esecuzione dell'esame

Data

Consenso informato del paziente – IL PAZIENTE:

ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM e dichiara di aver risposto in modo veritiero al questionario sottoposto ed acconsente all'esecuzione dell'esame RM.

Se del caso, autorizza la somministrazione di eventuale liquido di contrasto:

SI

NO

Firma del Paziente

Data
