CONSENSO PER L'ESPLETAMENTO DI RISONANZA MAGNETICA

Nome_____Cognome_____

Nato/a il_____a_____

Altezza: cm_____Peso_____

Interventi subiti di recente (nell'ultimo anno)_____

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 20 a 40 min), durante i quali Le chiediamo di mantenere **l'assoluta immobilità**. Movimenti anche piccoli possono infatti compromettere la qualità dell'esame. Durante l'esame, la macchina provocherà un **rumore ritmico** causato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura.

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI ESAME RMN

Soffre di claustrofobia (insofferenza/paura nei luoghi chiusi)?	SI	NO
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	SI	NO
È stato/a vittima di traumi da esplosioni?	SI	NO
È in gravidanza?	SI	NO

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.

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 (Tabella "1"), mentre in altri casi può essere eseguito tranquillamente solo dopo valutazione medica o con alcune avvertenze (Tabella "2")

TABELLA "1" (RMN NON ESEGUIBILE)

È portatore di PaceMaker o defibrillatore interno	SI	NO
È portatore di protesi cocleari (orecchio interno)?	SI	NO
È portatore di neurostimolatori o stimolanti di crescita ossea?	SI	NO
È portatore di protesi oculari magnetiche?	SI	NO

TABELLA "2" (NECESSARIA VALUTAZIONE MEDICA O AVVERTENZE)

E' portatore di clips su aneurismi (vasi sanguigni) aorta, cervello?	SI	NO
Valvole cardiache?	SI	NO
Distrattori della colonna vertebrale	SI	NO
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	SI	NO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?	SI	NO
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI	NO
Derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO
Corpi intrauterini?	SI	NO
Schegge o frammenti metallici?	SI	NO
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc) viti, filo, ecc? Localizzazione_____	SI	NO
Protesi dentarie fisse?	SI	NO
Protesi dentarie mobili?	SI	NO
Protesi del cristallino?	SI	NO
è portatore di piercing? Localizzazione_____	SI	NO
Ha il corpo tatuato? Localizzazione_____	SI	NO
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON ESSERE A CONOSCENZA?	SI	NO

SOTTOSCRIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Ciò premesso, in qualità di:

- Diretto interessato all'atto medico
- Tutore di……..
- Esercente la potestà sul minore…….

- **ACCONSENTO**
- **NON ACCONSENTO**

Di essere sottoposto all'esame di **Risonanza Magnetica**.

Data……/……./…….

……
(firma del Paziente o del Titolare del consenso)

……..
(firma del Medico Radiologo)