

Informazione e consenso all'esecuzione di Risonanza Magnetica
con o senza iniezione endovenosa di mezzo di contrasto

15/11/2023

DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome

Data di nascita Peso KG

INFORMATIVA PER L'UTENTE

Gent.mo/a Sig./Sig.ra,

la informiamo che l'esame non è assolutamente doloroso. Vengono utilizzati, un campo magnetico statico molto intenso, ed onde elettromagnetiche a radiofrequenza. L'impiego della Risonanza Magnetica in medicina non sembra oggi causare effetti indesiderati.

L'esame avrà una durata di circa 20 minuti durante i quali dovrà mantenere la massima immobilità.

Sentirà un rumore ritmico provocato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura.

E' sempre attivo l'interfono che le permetterà di comunicare con il personale presente.

A seconda del quesito clinico, a giudizio del Medico Radiologo, potrà essere necessaria la somministrazione del mezzo di contrasto per via endovenosa. Si tratta di un derivato del gadolinio che **raramente provoca fenomeni di intolleranza, generalmente lievi**, quali nausea, vomito, orticaria; **sono eventi eccezionali turbe del respiro e shock anafilattico**. La gravidanza costituisce una controindicazione a scopo cautelativo, specie nei primi mesi di gestazione.

Poiché la macchina si comporta come una potente calamita, è indispensabile **compilare con attenzione il questionario anamnestico e rispondere precisamente alle domande** poiché esistono alcune condizioni che controindicano l'esame, e che vanno quindi segnalate.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE all'esecuzione dell'esame RM		
L'indagine non può essere eseguita in presenza di una di queste situazioni		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	E' in stato di gravidanza ? Se SI a quale mese
E' portatore di:		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	pace maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	schegge o frammenti metallici in sede oculare, viscerale o intracranica?
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	impianti a rete metallica, espansori tissutali (mammella)?
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	tatuaggio eseguito da meno di 6 mesi ?

CONTROINDICAZIONI RELATIVE all'esecuzione dell'esame RM		
L'effettiva controindicazione all'effettuazione dell'indagine RM, anche in caso di sussistenza di una sola delle condizioni sotto elencate, è valutata dal MRDI		

E' portatore di:		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	protesi metalliche, impianti cocleari* e protesi stapediali*, placche o viti, fili, chiodi, distrattori della colonna, clips vascolari, valvole cardiache meccaniche*, catetere di Swan-Ganz, elettrodi endocorporei, neurostimolatori, filtri vascolari, stent o spirali metalliche*?
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	protesi del cristallino antecedente il 1985*?
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	schegge o frammenti metallici (perché ha lavorato come tornitore, saldatore, carrozziere; perché ha subito incidenti stradali, di caccia o ferite di guerra?)
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	pompe di infusione di farmaci*?
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	dispositivi intrauterini? (se Si utile valutazione ginecologica post esame)
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	protesi dentarie fisse o mobili?
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	anemia falciforme?
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	shunt liquorale ventricolo-peritoneale?

Informazione e consenso all'esecuzione di Risonanza Magnetica
con o senza iniezione endovenosa di mezzo di contrasto

15/11/2023

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	tatuaggio? (se SI e eseguito con materiale ferromagnetico può causare surriscaldamento e/o irritazione locale fino ad ustioni)
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	piercing? (se SI può mobilizzarsi o causare ustioni)
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	cosmetici con polveri ferromagnetiche? (mascara, eyeliner, etc.)
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	E' claustrofobico?
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Ha subito interventi chirurgici? (testa□, collo□, addome□, torace□, estremità□ ecc)
se SI quali?		
.....		
* in caso di risposta affermativa è necessario fornire specifica documentazione di compatibilità magnetica		

RM CON MEZZO DI CONTRASTO		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	E' affetto da insufficienza epatica grave?
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	E' affetto da insufficienza renale grave?
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Ha allergie note a farmaci ?
se SI quali?		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Ha avute precedenti reazioni allergiche al mezzo di contrasto ?
Valore creatininemia del		

INDICAZIONI IMPORTANTI PER ACCEDERE ALLA ZONA CONTROLLATA

- ✓ **TOGLIERE lenti a contatto, apparecchi per l'udito**, dentiera, corone dentarie temporanee mobili, cinta sanitaria, fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, piercing, calze di nylon, indumenti in acrilico
- ✓ **DEPOSITARE** carte di credito o altre schede magnetiche, telefoni cellulari, coltelli tascabili, ferma soldi, monete, chiavi, ganci automatici, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo o pinzette metalliche o punti metallici (ad es. applicati agli indumenti di tintoria), limette, forbici ed altri eventuali oggetti metallici
- ✓ **ASPORTARE** cosmetici dal volto e, se possibile, lacche e gel
- ✓ **UTILIZZARE** se necessario la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti in sede di esame

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Confermo di aver adeguatamente compreso tutto quanto sopra riportato e di aver risposto in modo corretto, pertanto dichiaro di

DARE IL CONSENSO

NON DARE IL CONSENSO

a sottopormi a

RISONANZA MAGNETICA

SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO (qualora previsto)

Luogo e Data

Firma Paziente

Firma Tecnico/Operatore

Firma Radiologo