

## MODULO DI ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_

PESO: Kg \_\_\_\_\_ (N.B.: i pazienti over-size devono essere inviati a RM con architettura adeguata)

C.F.: \_\_\_\_\_ COMUNE DI RESIDENZA: \_\_\_\_\_ PROV. (\_\_\_\_)

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

MEDICO RICHIEDENTE L'ESAME RM: \_\_\_\_\_

ESAME DA ESEGUIRE: \_\_\_\_\_ DX SX

### Nota informativa relativa all'esame RM

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM sfrutta l'impiego di intensi campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a RF. In alcuni tipi di indagine possono anche essere somministrate al paziente, per via endovenosa, alcune sostanze con proprietà paramagnetiche come mezzo di contrasto. Ad eccezione di tali casi, la RM si configura come un esame diagnostico non invasivo. L'esame RM, 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. Sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi statici di induzione magnetica e alle onde elettromagnetiche RF utilizzati per indagini diagnostiche mediante RM, è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza. Nel corso dell'esame RM è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse. L'evenienza più probabile è rappresentata da una crisi di claustrofobia a carattere passeggero. L'impiego del mezzo di contrasto a base di sostanze paramagnetiche è generalmente ben tollerato e non provoca alcuna sensazione particolare. Raramente possono comunque verificarsi episodi di ipersensibilità come orticaria o altri fenomeni allergici. In casi rarissimi sono stati riportati episodi di shock anafilattico. Il sito RM garantisce sempre la presenza di personale medico specializzato pronto ad intervenire in caso di emergenze mediche di tale genere.

### Esecuzione dell'esame RM

I pazienti possono essere sottoposti all'esame RM solo previa esclusione di ogni possibile controindicazione all'esame RM, da accertarsi a cura del Medico Responsabile della prestazione diagnostica (MRP), previo utilizzo dell'apposito questionario anamnestico e del modulo di consenso informato.

Per effettuare l'esame RM è necessario che il paziente, ove del caso supportato dal personale di servizio:

- tolga eventuale trucco per il viso e lacca per capelli;
- depositi nello spogliatoio ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, ecc.);
- tolga eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito;

- tolga lenti a contatto o occhiali;
- si spogli, e successivamente indossi l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio;
- utilizzi la cuffia o gli appositi tappi auricolari fornitigli.

La durata media dell'esame RM è approssimativamente pari a 30 minuti, ma può variare in relazione a esigenze cliniche e al numero di distretti anatomici da esaminare. Durante la fase di acquisizione dati dell'esame RM sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchiatura RM. Le condizioni di ventilazione, illuminazione e temperatura sono tali da assicurare il massimo benessere, e ridurre possibili effetti claustrofobici. Durante la fase di esame è necessario rimanere tranquilli e mantenere il massimo grado di immobilità per non compromettere il risultato diagnostico dell'immagine. La respirazione regolare e la deglutizione della saliva non disturbano l'esame. In alcuni tipi di indagine può essere richiesto al paziente di collaborare mediante atti respiratori e brevi periodi di apnea al fine di migliorare la qualità diagnostica delle immagini.

Nella sala comando è sempre presente personale di servizio pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità. Il paziente è sempre in contatto vocale, acustico e visivo con gli operatori, che eseguono un controllo costante durante tutta la fase di esame. In caso di insorgenza di disturbi, come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento, è opportuno che il paziente avverta quanto prima il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM, utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione.

### Questionario Preliminare

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi. Tale questionario deve essere attentamente compilato e firmato dal Medico Responsabile della Prestazione Diagnostica, il quale, in relazione alle risposte fornite dal paziente, può concludere che non sussistano controindicazioni all'esame RM. La controfirma del paziente a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce – fra le altre, anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte falsi o mendaci ai quesiti sottopostigli.

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 o di caccia?				SI	NO
E' stato vittima di traumi da esplosioni?				SI	NO
Ha subito interventi chirurgici su:					
Testa	SI	NO	Collo	SI	NO
Addome	SI	NO	Torace	SI	NO
Estremità	SI	NO	Altro:		
E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?				SI	NO
E' portatore di pace-maker 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
Valvole cardiache?				SI	NO

Stents?	SI	NO
Defibrillatori impiantati?	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 udito?	SI	NO
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI	NO
Altri tipi di stimolatori?	SI	NO
Corpi intrauterini?	SI	NO
Derivazione spinale o ventricolare?	SI	NO
Protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.?	SI	NO
Altre protesi? Localizzazione:	SI	NO
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza?	SI	NO
Informazioni supplementari		
E' affetto da anemia falciforme?	SI	NO
E' portatore di protesi del cristallino?	SI	NO
E' portatore di piercing? Localizzazione:	SI	NO
E' portatore di tatuaggi? Localizzazione:	SI	NO
Sta utilizzando cerotti medicali?	SI	NO
Se è una donna:	SI	NO
E' in stato di gravidanza?	SI	NO
E' portatrice di spirale uterina?	SI	NO
Data ultime mestruazioni:	SI	NO

**PER EFFETTUARE L'ESAME OCCORRE:**

- Togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, corone temporanee mobili.
- Togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, coltelli tascabili, ferma soldi, monete, chiavi, ganci, bottoni metallici, spille, vestiti con lampo, calze con nylon, indumenti in acrilico, pinzette metalliche, limette, forbici ed altri eventuali oggetti metallici.
- Asportare cosmetici dal volto.

Il Medico Responsabile dell'esecuzione 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 \_\_\_\_\_

**Consenso informato all'esame 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 all'esecuzione dell'esame RM.

DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DENOMINATO  
"AMBULATORIO MEDICO"

Autorizzo il Centro Fisioterapico Riabilitativo al trattamento dei dati personali, a raccogliermi, registrarli e/o utilizzarli nel rispetto GDPR 2016/679 in materia di tutela della privacy.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente \_\_\_\_\_