

## MODULO INFORMATIVO PER ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA (RM)

Gentile utente, Le forniamo alcune informazioni inerenti l'esame alla quale sarà sottoposta/o. Le consigliamo di leggere le seguenti note che potranno aiutarla ad effettuare con maggior sicurezza e serenità questo esame. Nel caso non fossero chiare o abbia altri quesiti non esiti a chiedere al Personale di riferimento.

### ➤ CHE COS'E' LA RM

La Risonanza Magnetica (RM) è una **tecnica** diagnostica che **NON utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive**. Vengono utilizzati campi magnetici statici e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF).

Il campo magnetico è **SEMPRE** in funzione e si comporta come una potente calamita.

La Risonanza Magnetica è considerato 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 considerato prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile in particolare durante il primo trimestre di gravidanza.** Per tali ragioni nella nostra struttura l'esame non viene eseguito a donne in stato di gravidanza certa o presunta.

### ➤ COME SI EFFETTUA

L'esame non è doloroso e poco fastidioso; può durare dai 20 ai 45 minuti circa, a seconda del distretto corporeo da esaminare.

Il Paziente viene fatto sdraiare su un lettino all'interno di un tunnel aperto alle due estremità e, in relazione al tipo di organo da studiare, sono posizionate le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc.), speciali antenne che si adattano alla regione anatomica da studiare. Durante l'esame si sentono dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio; è **importante** mantenere il massimo grado di **immobilità**, mantenendo una normale respirazione.

Può essere richiesta la somministrazione di un **mezzo di contrasto** per via endovenosa (vedi modulo apposito).

### ➤ COSA PUO' SUCCEDERE - EVENTUALI COMPLICANZE

Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito o sensazione di malessere. In questi casi potrà avvertire il Personale addetto, sempre presente in sala comando, utilizzando il **microfono** e un **apposito dispositivo** di segnalazione che sarà a portata di mano durante tutto l'esame.

### ➤ CONTROINDICAZIONI

Esistono **controindicazioni assolute** all'esecuzione dell'indagine: ad esempio presenza di **pace maker** o **dispositivi endocorporei non compatibili** con il campo magnetico.

In presenza di **controindicazioni assolute l'esame non è fattibile**. Le eventuali controindicazioni assolute o relative saranno valutate dal Medico Radiologo sulla base delle **Sue** risposte all'apposito "**QUESTIONARIO ANAMNESTICO**" (di seguito riportato) e Le saranno fornite tutte le informazioni a riguardo.

### ➤ PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso.

Per alcuni tipi di esami (addome o studi con mezzo di contrasto) è necessario il **digiuno**.

I pazienti (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale), 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.

**PRIMA** dell'esame occorre:

- **lasciare** nello spogliatoio qualunque **oggetto metallico** (cellulare, orologio, chiavi, monete, occhiali, forcine per capelli, spille, gioielli, stampelle ecc.), **tesserini magnetici e carte di credito**;
- **togliere gli indumenti** che abbiano sistemi di chiusura metallici (reggiseni e body) o che siano fatti con tessuti che possano contenere fibre metalliche (pancete, indumenti elastici);
- **rimuovere** eventuali **protesi dentarie, apparecchi uditivi esterni, lenti a contatto o piercing**;
- **utilizzare** la **cuffia** o gli **appositi tappi auricolari** forniti dal Personale addetto.

**DOPO** l'esame il Paziente potrà riprendere le sue ordinarie attività. E' opportuno che Pazienti con dispositivi contraccettivi intrauterini (spiralì o IUD) ne **verifichino il corretto posizionamento** dopo l'esame.

## QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ESECUZIONE DI ESAME RM

*Il "questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato per ogni paziente, prima di essere sottoposto all'esame e controfirmato dal Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame.*

- |                                                                            |    |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|----|
| ▪ 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, incidenti di caccia?.....              | SI | NO |
| ▪ E' stato vittima di traumi da esplosioni?.....                           | SI | NO |

- E' in stato di gravidanza certa o presunta? Ultimo ciclo mestruale il: \_\_\_\_\_ .....SI NO
  - Ha subito interventi chirurgici su (Testa, Collo, Addome, Estremità, Altro)? .....SI NO
- Descrizione: \_\_\_\_\_

- E' a conoscenza di avere dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? .....SI NO

**E' portatore di:**

- Pace-Maker o defibrillatore cardiaco o altri dispositivi cardiaci? .....SI NO
- Schegge o frammenti metallici? .....SI NO
- Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? .....SI NO
- Valvole cardiache o stents vascolari metallici? .....SI NO
- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? .....SI NO
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? .....SI NO
- Distrattori della colonna vertebrale? .....SI NO
- Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? .....SI NO
- Altri tipi di stimolatori? .....SI NO
- Dispositivi intrauterini (IUD, spirale)? .....SI NO
- Derivazione spinale o ventricolare? .....SI NO
- Protesi dentarie fisse o mobili? .....SI NO
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc.), viti, chiodi, filo, etc.? .....SI NO
- Altre protesi (mammarie, peniene ecc.)? .....SI NO
- Ritiene di essere portatore di protesi/apparecchi o corpi metallici di cui potrebbe NON essere a conoscenza? .....SI NO
- E' affetto da anemia falciforme? .....SI NO
- E' portatore di protesi del cristallino? .....SI NO
- E' portatore di piercing, tatuaggi o cerotti medicati? .....SI NO
- Sta utilizzando cerotti medicali? .....SI NO

**Per effettuare l'esame RM occorre togliere:**

eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporali mobili - cinta erniaria -fermagli e mollette per capelli – occhiali - gioielli e orologi - carte di credito o altre schede magnetiche -coltelli tascabili - ferma soldi –monete-chiavi-ganci automatici - bottoni metallici spille. Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso

**IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM**

Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed eventualmente espletate  visita medica o indagini preliminari aggiuntive (  RX  altro..... )

**AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM**

Firma Medico Responsabile esecuzione esame ..... Data .....

**CONSENSO AD ESECUZIONE ESAME DI RISONANZA MAGNETICA (RM)**

Il sottoscritto ..... Nato il.....

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 e della correttezza delle risposte fornite nel **questionario anamnestico**, **acconsente** all'esecuzione dell'esame

Firma del paziente ..... Data .....

(o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale)