

CONSENSO INFORMATO ESAME RM ALTO CAMPO (1,5T)

L'indagine di Risonanza Magnetica utilizza un **campo magnetico intenso (1,5 Tesla)** e onde elettromagnetiche a RF. L'esame RM, in base alle conoscenze attuali, non comporta effetti biologici rilevanti su pazienti privi di controindicazioni. L'elevata intensità del campo magnetico esercita, come una potente calamita, una forte attrazione sui materiali ferromagnetici di cui il paziente può essere portatore (come per esempio schegge o punti di sutura metallici), con conseguente possibilità di creare effetti indesiderati. **L'attenta compilazione del questionario**, garantisce la prevenzione di tali possibili evenienze. È prudente escludere dalla RM le **gestanti**, in particolare nel primo trimestre di gravidanza, anche se non sono stati provati danni all'embrione a seguito dell'esposizione ai campi magnetici e alle radiofrequenze utilizzate per le indagini RM.

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.

La **durata media** dell'esame RM è pari a 30 min, ma può variare in relazione a esigenze cliniche e al numero di distretti anatomici da esaminare. Durante la fase di acquisizione delle immagini 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 mantenere il massimo grado di **immobilità** per non compromettere il risultato diagnostico dell'immagine. In alcuni tipi di esami possono essere richieste brevi apnee al fine di migliorare la qualità diagnostica dell'esame.

In caso di necessità e in qualsiasi momento, il paziente potrà comunicare con il personale sanitario presente in sala comando: un microfono collocato all'interno della RM è costantemente attivo.

Per effettuare l'esame è necessario che il paziente:

- tolga dal volto eventuali cosmetici e lacca per capelli
- depositi nello spogliatoio tutti gli oggetti metallici (fermagli per capelli, forcine, mollette, orologi, chiavi, monete, orecchini, catenine, piercing...)
- tolga eventuali apparecchi per l'udito, protesi dentarie mobili
- tolga lenti a contatto o occhiali
- indossi indumenti intimi di cotone e senza clip metalliche o il camice fornito dal personale
- esibisca la documentazione clinica, radiologica e strumentale relativa ad accertamenti precedentemente eseguiti

Il **questionario anamnestico** ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM. Questo 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 garantisce la consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte false o mendaci ai quesiti sottoposti.

Cognome Nome Nato/a il

Esame da eseguire:

(Compilare in stampatello leggibile)

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Ha eseguito in precedenza esami RM? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	È in stato di gravidanza? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre di claustrofobia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Soffre di anemia falciforme, asma o allergie? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha mai subito interventi chirurgici? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Soffre di insufficienza renale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se sì, in quali parti del corpo?	

↓

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE

È portatore di:

Pacemaker o defibrillatore interno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Neurostimolatori <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protesi cocleari (orecchio interno) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Protesi oculari magnetiche <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

CONTROINDICAZIONI RELATIVE

È portatore di:

Clip vascolari cerebrali (aneurisma) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Schegge metalliche, proiettili <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protesi o viti ortopediche <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Frammenti metallici intraoculari <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protesi al cristallino <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cateteri di derivazione spinale o ventricolare <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protesi otologiche (orecchio) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cateteri di Swan-Ganz <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Espansori mammari <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Filtri vascolari, Stent <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Protesi valvolari cardiache <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Spirale intrauterina (IUD) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Impianti oculari (molle palpebrali, punti retinici) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tatuaggi estesi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Punti metallici per pregresso intervento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Pompe infusione farmaci non RM compatibili <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Se ha risposto **SI** a qualche domanda è necessario esibire documentazione clinica che certifichi la compatibilità delle clip o del dispositivo medico.

Preso atto delle risposte del paziente, il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame di RM

AUTORIZZA ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Data

Firma del Medico
responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

Io sottoscritto dichiaro di essere adeguatamente informato:

- sulle finalità, modalità di espletamento e rischi inerenti l'esame diagnostico di Risonanza Magnetica a cui deve essere sottoposto, necessario all'accertamento della propria condizione clinica;
- La paziente (se è in età fertile) dichiara di **NON** essere in stato di gravidanza.

Data **Firma del paziente (o di chi ne ha la tutela)**