

U.O.C. Radiologia – Dr.ssa ff C. Barrese  
U.O.C. Neuroradiologia – Dr. William Auteri

***RICHIESTA ESAME DI RISONANZA MAGNETICA  
SCHEDA INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO***

Sig./Sig.ra.....nato/a.....il.....  
Reparto/Provenienza.....data.....  
Esame richiesto.....  
Notizie Anamnestiche:.....  
.....  
Quesito clinico:.....  
.....

Firma e timbro del Medico del reparto  
.....

*Gentile Sig/Sig.ra 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 calamità, 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. È 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 30 a 60 min), durante i quali Le chiediamo di mantenere l'assoluta immobilità. Movimenti anche piccoli possono, infatti, seriamente compromettere la qualità dell'esame. Durante l'esame, la macchina provocherà un *rumore ritmico* causato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura. Alcuni studi richiedono l'uso di mezzo di contrasto paramagnetico.

**MEZZO DI CONTRASTO**

Spesso l'esame richiede l'iniezione in vena di un mezzo di contrasto, ovvero una sostanza che rende più evidenti alcune parti del corpo ai campi magnetici (sostanza paramagnetica) e che richiede **il digiuno da almeno 4-5 ore**: in tal caso **sottoporsi preventivamente ed esibire esame di creatinemia.**

**Controindicazioni e precauzioni d'uso**

*(situazioni nelle quali il mezzo di contrasto non deve essere somministrato o somministrato con particolare cautela):*

- Gravidanza;
- Allattamento: anche se non esistono informazioni del tutto certe sembra che il mezzo di contrasto venga eliminato nel latte e pertanto è consigliabile sospendere l'allattamento per almeno 24 ore dopo l'esame;
- Allergie (rinite, orticaria, allergia alimentare, allergia ai metalli, asma allergico, ipersensibilità ai mezzi di contrasto paramagnetici): **deve essere effettuata apposita terapia prima dell'esame;**
- Gravi disfunzioni renali:

**Si raccomanda vivamente di informare il personale dell'eventuale esistenza di una delle situazioni**

sopraelencate.

**Effetti collaterali e reazioni avverse**

Il mezzo di contrasto può raramente provocare alcune reazioni avverse che vengono classificate come *lievi* (nausea, vomito, prurito), *moderate* (vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo) e sono in genere risolte con semplici provvedimenti terapeutici. Rarissimamente, si possono verificare reazioni *severe* (shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-respiratorio) che in casi eccezionali possono provocare il decesso.

**Le raccomandiamo di** asportare dal volto eventuali cosmetici, trucco e gen nei capelli

**Dovrà assicurarsi di non entrare con:**

Mollette fermacapelli. Occhiali. Monete. Portafoglio. Chiavi. Carte di credito. Bancomat, Badge Protesi, dentale mobile (le sarà fornito un bicchiere)- Protesi Acustiche mobili-Lenti a contatto-Piercing.

**Esbire la documentazione clinica, radiologica e strumentale relativa ad accertamenti precedentemente eseguiti anche in altre strutture. Eventuali terapie non vanno sospese.**

**QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESAME:** compilare attentamente ogni riga apponendo delle crocette:

Soffre di Claustrofobia (paura di restare in ambienti chiusi) Si No

**Alle seguenti domande, in caso di risposta affermativa, è necessario fornire certificazione di compatibilità magnetica da parte della struttura che ha effettuato l'intervento.**

**E' portatore di:**

Pace-maker cardiaco, neurostimolatori, elettrodi cerebrali o subdurali, derivazioni spinali/ventricolari	Si	No
Sistemi di perfusione con reservoir impiantati	Si	No
Protesi Ortopediche - Dentarie o del cristallino	Si	No
Schegge metalliche?	Si	No
Clips metalliche vascolari su aneurismi, vasi arteriosi?	Si	No
Valvole cardiache	Si	No

**Ha subito interventi chirurgici:**

alla testa - al collo	Si	No
al torace - all'addome	Si	No
agli arti	Si	No

**Per le pazienti di sesso femminile:**

È portatrice di IUD (spirale intrauterina) anticoncezionale	Si	No
È in gravidanza	Si	No
È in allattamento	Si	No
In che fase del ciclo mestruale si trova (giorni) .....		

**CONSENSO INFORMATO**

Dichiaro di avere risposto con precisione alle domande sopra elencate.

Dichiaro anche di essere stato adeguatamente informato sull'indagine che devo effettuare, e dei rischi conseguenti all'eventuale somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto, ed esprimo a tal fine il mio consenso.

Data..... **FIRMA**.....

**A CURA DEL MEDICO RICHIEDENTE:**

In base ai dati anamnestici forniti dal paziente ed ai dati clinici attualmente in mio possesso non si rilevano discrepanze rispetto a quanto dichiarato dal Sig \_\_\_\_\_

Data..... **FIRMA e TIMBRO**.....

**Assenso (per esami ai minori)**

Il/la Sottoscritto/a..... Nato/a..... il.....  
Genitore/Tutore di..... Dichiaro di aver ricevuto dal Medico esaminatore informazioni e chiarimenti e acconsento all'esecuzione dell'esame.

Data..... **FIRMA e TIMBRO**.....

Firma del Medico Radiologico.....

Firma del TSRM/Inf.Prof.....