



INFORMATIVA PER L'ESECUZIONE DI INDAGINI RM

La **RISONANZA MAGNETICA** è una metodica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti e sostanze radioattive, ma **campi magnetici e onde elettromagnetiche a radiofrequenza**.

A causa della influenza ed interferenza che il campo magnetico esercita su alcuni elementi metallici, è necessario che il paziente che si sottopone all'indagine:

1. **Lasci nello spogliatoio qualunque oggetto metallico** (orologio, chiavi, monete, occhiali, forcine per capelli, spille, gioielli, stampelle, ecc.), **apparecchi acustici, tesserini magnetici, carte di credito e telefoni cellulari**.
2. **Tolga gli indumenti che abbiano sistemi di chiusura metallici** (reggiseno, body) o che siano fatti con tessuti che possano contenere fibre metalliche (pancere, indumenti elastici) o che abbiano **etichette** che contengano fili metallici.
3. **Rimuova le protesi dentarie**, eventuali **piercing**, anelli od altri oggetti ornamentali assimilabili.
4. E' inoltre importante che per il giorno dell'indagine non si faccia uso di trucco o cosmetici.

Il paziente, viene posizionato all'interno di un tunnel aperto alle due estremità e su un lato in posizione adeguata allo specifico esame da espletare.

Durante l'esame, il dispositivo produce di norma un rumore ritmico più o meno intenso; esistono comunque strumenti con i quali il paziente può mettersi in comunicazione con il personale che esegue l'esame (dispositivo acustico di allarme).

MEZZO DI CONTRASTO: per alcuni studi di Risonanza (**ARTRO RM**) è previsto l'utilizzo di un mezzo di contrasto. Il mezzo di contrasto viene iniettato direttamente nelle cavità articolari (ginocchio, spalla, etc...).

Esistono rare controindicazioni all'uso del mezzo di contrasto.

Nel caso si preveda l'uso di mezzo del contrasto il paziente deve contattare il personale medico/infermieristico per valutare la necessità del digiuno

TEMPISTICA: la durata dell'esame varia da 20 a 40 minuti in relazione al quesito clinico e al distretto corporeo da analizzare.

CRITERI DI ESCLUSIONE DALL'ESAME:

Vanno ASSOLUTAMENTE esclusi dalla indagine RM:

1. I pazienti portatori di:
 - a) Pace maker cardiaco
 - b) Protesi valvolari cardiache metalliche
 - c) Clips metalliche vascolari (aneurismi intracranici)
 - d) Schegge metalliche intra-oculari o in adiacenza di strutture vascolari
2. Le pazienti in stato di gravidanza (1° trimestre)

A partire dal 2° trimestre di gravidanza l'esame verrà effettuato solo dopo accordo diretto tra il Medico Richiedente ed il Medico Radiologo.



CRITERI DI ESCLUSIONE

Vanno esclusi dall'indagine RM:

I pazienti portatori di:

- e) Pace maker cardiaco
- f) Protesi valvolari cardiache metalliche
- g) Clips metalliche vascolari (aneurismi intracranici)
- h) Schegge metalliche intra-oculari o in adiacenza di strutture vascolari

Le pazienti in stato di gravidanza (1° trimestre)

A partire dal 2° trimestre di gravidanza l'esame verrà effettuato solo dopo accordo diretto tra il Medico Richiedente ed il Medico Radiologo.

QUESTIONARIO

Io sottoscritto/a _____

DICHIARO

- Di non essere portatore di pace maker, clips per esclusione di aneurismi intracranici, schegge o frammenti metallici, IUD (l'effettuazione dell'esame di Risonanza Magnetica nelle pazienti portatrici di IUD potrebbe far perdere l'efficacia del dispositivo, per cui è consigliabile un controllo ginecologico dopo l'esame).
- Di aver subito interventi chirurgici SI NO
Se Sì, quali? _____
- Di aver lavorato in ambienti in cui vi potevano essere schegge metalliche SI NO
Se Sì, quali? _____
- Se donna, dichiara di non avere gravidanze in atto.

Firma del Paziente o suo tutore/legale rappresentante _____

IDONEITA' ALL'ESPLETAMENTO DELL'INDAGINE RM SI NO

Firma del medico radiologo _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Ciò premesso, Io sottoscritto _____ in qualità di:

Paziente Tutore di / esercente la potestà sul minore _____

Dichiaro di essere stata/o invitata/o a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto e di averne compreso pienamente il significato, e quindi consapevolmente

Accenso **Non Accenso**

di essere sottoposto all'esame di Risonanza Magnetica, eventualmente anche con l'infiltrazione di mezzo di contrasto essendo stato informato dei possibili rischi tra i quali sono da ricomprendersi anche taluni eventi non prevedibili e/o prevenibili.

Data ... / ... /

Firma del Paziente _____ *Firma del Medico Radiologo* _____