



**CENTRO DI DIAGNOSTICA APPARATO LOCOMOTORE
CON RISONANZA MAGNETICA APERTA**

Direttore Sanitario Prof. Giovanni CASCIU

Piazza Galilei n. 21 - CAGLIARI - 09128 TEL 070480106 FAX 0704558241

PIVA 01708490923

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza Radiazioni Ionizzanti. La diagnostica mediante RM utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive. La Risonanza Magnetica di base non ha effetti biologici rilevanti e viene svolta in accordo alle norme e agli standard di sicurezza.

Tuttavia è prudente non effettuare l'esame RM nelle pazienti durante il primo trimestre di gravidanza.

ESECUZIONE DELL'ESAME RM

Il paziente, prima di essere sottoposto all'esame RM, deve compilare un apposito "questionario anamnestico" e un modulo di "consenso informato" al fine di escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso. Per effettuare l'esame RM è necessario depositare 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 etc.), togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito, togliere lenti a contatto o occhiali, spogliarsi e indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale. Togliere dal volto cosmetici con sostanze ferromagnetiche (possono disturbare l'esecuzione dell'esame).

La durata media dell'esame RM è circa 20-40 minuti. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Durante tutto l'esame è necessario mantenere **il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente**. Nella sala comando è sempre presente un operatore in contatto vocale e visivo che vigila per tutta la durata dell'esame. In caso di insorgenza di disturbi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni è opportuno che il paziente avverta gli operatori utilizzando l'apposito dispositivo di segnalazione.

Le raccomandiamo di portare con sé la ricetta del medico e tutta la documentazione clinico-diagnostica (cartelle cliniche, radiogrammi, referti).

DATI ANAGRAFICI E ANAMNESTICI A CURA DEL PAZIENTE:

COGNOME _____ NOME _____ DATA _____ DI
NASCITA _____

SESSO M F

TRAUMI (nella sede da esaminare) NO SI QUALI? _____

INTERVENTI CHIRURGICI , QUALI E QUANDO

DATI CLINICO ANAMNESTICI A CURA DEL MEDICO:

DISTRETTO _____ DA
ESAMINARE: _____

SOSPETTO
DIAGNOSTICO: _____

RILIEVI
ANAMNESTICI: _____

| | | |
|--|--|----------------------------|
| Casciu Prof. Giovanni s.r.l. CENTRO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI | INFORMATIVA E QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESECUZIONE ESAME RISONANZA MAGNETICA | Rev. 0 Data: 11.09.2015 |
|--|--|----------------------------|

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RM

Il seguente questionario ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'indagine RM e deve essere attentamente compilato da ogni paziente o dal tutore legale (ad es. in caso di minore), prima di essere sottoposto all'esame RM e firmato dal medico responsabile dell'esame. Risposte alternative ad uno o più quesiti possono comportare controindicazione anche assoluta all'esecuzione dell'esame.

| | | |
|--|--|----------------------------|
| Casciu Prof. Giovanni s.r.l. CENTRO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI | INFORMATIVA E QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESECUZIONE ESAME RISONANZA MAGNETICA | Rev. 0 Data: 11.09.2015 |
|--|--|----------------------------|

| | |
|---|-------|
| Ha eseguito in precedenza esami RM? | SI NO |
| Soffre di claustrofobia? | SI NO |
| Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? | SI NO |
| È stato vittima di traumi da esplosione? | SI NO |
| È in stato di gravidanza certo o presunto? | SI NO |
| Ha subito interventi chirurgici su: testa..... addome..... collo..... estremità..... torace..... occhi..... altro..... | |
| È a conoscenza di avere uno o più corpi metallici (schegge/frammenti) all'interno del corpo? | SI NO |
| È portatore di: pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? Valvole cardiache? | SI NO |
| Clips su aneurismi (vasi sanguigni) aorta, cervello? | SI NO |
| Stents? | SI NO |
| Defibrillatori impiantati? Uno o più dispositivi medici? | 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 l'udito? | SI NO |
| Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? Altri tipi di stimolatori?? | SI NO |
| Derivazioni spinali o ventricolari? | SI NO |
| Protesi dentarie fisse o mobili? | SI NO |
| Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc.) viti, chiodi, filo, etc.? Localizzazione..... | SI NO |
| Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza? | SI NO |
| È portatore di protesi del cristallino? Lenti intraoculari? | SI NO |
| Sta utilizzando cerotti medicali? | SI NO |
| Ha dei tatuaggi permanenti o piercing? Localizzazione..... | SI NO |
| Corpi intrauterini (spirale/diaframma)? | SI NO |

Si informa che l'esposizione a campi magnetici e a onde di radiofrequenza può provocare la perdita di efficacia anticoncezionale del dispositivo intrauterino (IUD). Se lei ne è portatrice la sua firma vale come accettazione a sottoporsi all'esame RM.

1) DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Il/La sottoscritt _____ nato/a a _____ il _____, perfettamente in grado di intendere e di volere, dichiara di essere stato/a sufficientemente informato/a circa l'indicazione, l'utilità, le modalità di esecuzione, sui rischi e sulle controindicazioni all'esposizione ai campi elettromagnetici generali dell'apparecchiatura RM e di acconsentire all'esecuzione dell'esame RM.

In particolare per le pazienti di sesso femminile si dichiara di prendere atto che l'esecuzione dell'esame RM è sconsigliato nei primi tre mesi di gravidanza, sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi elettromagnetici, tranne che nei casi di effettiva e improrogabile necessità.

FIRMA DEL PAZIENTE _____

DATA _____

2) IN CASO DI MINORE È NECESSARIA LA FIRMA DI UN GENITORE O DI CHI NE FA LE VECI.

Il/La sottoscritt _____

Genitore/Tutore legale del minore _____

Data e Luogo di nascita _____

Dichiaro di essere stato/a informato/a riguardo la procedura RM e pertanto acconsento all'esecuzione dell'esame.

FIRMA DEL _____ GENITORE O DEL _____ TUTORE
 LEGALE _____

DATA _____

–

3) IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM, PRESO ATTO DELLE RISPOSTE FORNITE DAL PAZIENTE, AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE

SI NO

FIRMA _____ DEL _____ MEDICO
 RESPONSABILE _____

DATA _____

–