


<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Rhodense</p> <p>PRC N. 13 – 11/2022 Modello 1</p>	<p>NOTA INFORMATIVA n. 115 RISONANZA MAGNETICA <i>SC Radiologia -Diagnostica per Immagini</i></p>	<p>Etichetta paziente o cognome/nome/ data nascita</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
---	---	--

RISONANZA MAGNETICA

1. Descrizione/Finalità della procedura

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive; utilizza invece campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive.

La RM è utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico dell'encefalo e della colonna vertebrale, dell'addome, pelvi, dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico (articolazioni, osso, tessuti molli).

2. Modalità di esecuzione

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente è sdraiato su un lettino che si muove all'interno di un tunnel (gantry) di dimensioni variabili. In relazione al tipo di organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc.) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare. Queste non provocano dolore o fastidio essendo appoggiate all'esterno del corpo, ad eccezione delle bobine endorettali che vengono però impiegate solo in esami particolari (studio della prostata o del retto).

Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile, anche molto forti, provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio; per questo motivo sono forniti al paziente dei tappi per orecchie.

La durata dell'esame è variabile (di solito tra 20 e 60 minuti).

Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa. Se l'indagine può prevederne l'utilizzo, è necessario leggere l'informativa e firmare l'apposito modulo (NI n. 116).

3. Prescrizioni/Preparazione necessaria/Raccomandazioni

Prima di essere sottoposti all'esame RM, è necessario compilare il questionario anamnestico allegato al consenso al fine di escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

È necessario portare con se tutta la documentazione clinica e gli esami effettuati precedentemente


Prima dell'esecuzione dell'esame:

- Asportare eventuale trucco per il viso e lacca per capelli in quanto possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini;
- Togliere lenti a contatto o occhiali;
- Togliere eventuali protesi dentarie, corone temporanee mobili, cinto erniario e apparecchi per l'udito;
- Depositare nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, ecc.),
- Togliere gli indumenti ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio;
- Utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio.

Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.

Non interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

Si raccomandano il digiuno (6 ore) in caso di colangio-RM e la vescica piena negli studi della pelvi femminile.

<p>Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Rhodense PRC N. 13 – 11/2022 Modello 1</p>	<p style="text-align: center;">NOTA INFORMATIVA n. 115 RISONANZA MAGNETICA SC Radiologia -Diagnostica per Immagini</p>	<p style="text-align: center;">Etichetta paziente o cognome/nome/ data nascita</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
---	--	---

4. Rischi e complicanze/ Esiti temporanei o permanenti

La Risonanza Magnetica è 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.

Controindicazioni all'esame che necessitano di valutazione da parte del Medico Radiologo: pazienti portatori di pace maker, defibrillatori o altri device cardiaci ()*

***Esistono device RM compatibili, che vanno messi in pausa o disattivati durante l'esame e riprogrammati successivamente, per cui l'esame va concordato prima, previo parere cardiologico e valutazione della documentazione fornita dal fabbricante del dispositivo (**contattare il reparto di radiologia ai recapiti indicati in informativa**).*

È prudente non effettuare l'esame RM nelle donne durante il primo trimestre di gravidanza.

Raramente possono insorgere disturbi lievi per lo più legati alla claustrofobia come calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame.

Rispetto alle informazioni di cui sopra, sono presenti condizioni che possono modificare il decorso e l'esito della procedura:

NO SI _____

5. Alternative

Esistono esami complementari non sostitutivi alla risonanza magnetica.

6. Conseguenze in caso di rifiuto

Mancata diagnosi di patologia.

Data _____

Firma del Paziente (o del rappresentante legale) per presa visione

CONTATTI UTILI:

- SC Radiologia P.O. Rho: tel. 02/99430.3979; mail: SegRadr@asst-rhodense.it
- SC Radiologia P.O. Garbagnate: tel. 02/99430.2219; mail: SegreteriaRadg@asst-rhodense.it

Questionario somministrato da: (Nome) _____ (Cognome) _____ (qualifica professionale del membro dell'EQUIPE RM) _____ Dati del paziente Cognome: _____ Nome: _____ Data e luogo di nascita: _____ Peso (kg): _____ Residenza: _____ Recapito Tel. _____ Indagine richiesta: _____ Reparto/Medico richiedente l'esame RM: _____	Spazio barcode
---	----------------

QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA (appendice 1 del DM 14.01.2021)		
Ha eseguito in precedenza esami RM?	Sì	No
Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto?	Sì	No
Soffre di claustrofobia?	Sì	No
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	Sì	No
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	Sì	No
È stato vittima di traumi da esplosioni?	Sì	No
Ultime mestruazioni avvenute: _____ (segnalare eventuale stato di gravidanza)	Sì	No
Ha subito interventi chirurgici su: <input type="checkbox"/> testa <input type="checkbox"/> collo <input type="checkbox"/> addome <input type="checkbox"/> estremità <input type="checkbox"/> torace <input type="checkbox"/> altro: _____	Sì	No
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	Sì	No
È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? */** <small>NOTE: *Controindicazioni assolute all'esame che necessitano di valutazione da parte del Medico Radiologo **Esistono device RM compatibili, che vanno messi in pausa o disattivati durante l'esame e riprogrammati successivamente, per cui l'esame va concordato prima, previo parere cardiologico e valutazione della documentazione fornita dal fabbricante del dispositivo (contattare il reparto di radiologia ai recapiti indicati in informativa)</small>	Sì	No
È portatore di schegge o frammenti metallici?	Sì	No
È portatore di clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	Sì	No
È portatore di valvole cardiache?	Sì	No
È portatore di stents?	Sì	No
È portatore di defibrillatori impiantati?	Sì	No
È portatore di distrattori della colonna vertebrale?	Sì	No
È portatore di pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	Sì	No
È portatore di corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	Sì	No
È portatore di neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	Sì	No
È portatore di altri tipi di stimolatori?	Sì	No
È portatore di corpi intrauterini? (dispositivi di contraccezione intrauterine)	Sì	No
È portatore di derivazione spinale o ventricolare?	Sì	No
È portatore di protesi dentarie fisse o mobili?	Sì	No
È portatore di protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.	Sì	No
È portatore di altre protesi? Localizzazione	Sì	No
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? Informazioni supplementari	Sì	No
È affetto da anemia falciforme?	Sì	No
È portatore di protesi del cristallino?	Sì	No
È portatore di piercing? Localizzazione	Sì	No
Presenta tatuaggi? Localizzazione.....	Sì	No
Sta utilizzando cerotti medicali?	Sì	No

Data: _____

Firma leggibile e timbro del medico

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

autorizza l'esecuzione dell'indagine RM

NON autorizza l'esecuzione dell'indagine RM
 per il seguente motivo _____

Firma del Medico

Data

.....

.....

CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto _____ Data di nascita: _____
 (Cognome Nome dell'utente)

Amministratore di sostegno (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: __/__/__
	COGNOME	NOME	
Tutore legale (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: __/__/__
	COGNOME	NOME	
Genitori	_____	_____	Data di nascita: __/__/__
	_____	_____	Data di nascita: __/__/__
	COGNOME	NOME	

CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME RM

Il paziente, mediante colloquio medico e presa visione della nota informativa n. 115, 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 delle risposte fornite,

ACCONSENTE alla esecuzione dell'esame RM

NON ACCONSENTE alla esecuzione dell'esame RM

Data _____

FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO DEL MEDICO

FIRMA DEL PAZIENTE/TUTORE/RAPPRESENTANTE LEGALE

Eventuale FIRMA DELL'INTERPRETE

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO (Mdc)

Il paziente, mediante colloquio medico e presa visione della nota informativa n.116, si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati,

ACCONSENTE alla somministrazione del mezzo di contrasto

NON ACCONSENTE alla somministrazione del mezzo di contrasto

Data _____

FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO DEL MEDICO

FIRMA DEL PAZIENTE/TUTORE/RAPPRESENTANTE LEGALE

Eventuale FIRMA DELL'INTERPRETE

ULTERIORI CONSENSI INFORMATI

Consenso informato relativo a _____

Il paziente, mediante colloquio medico e presa visione della nota informativa N. _____, si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati a _____. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati,

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

Data _____

FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO DEL MEDICO

FIRMA DEL PAZIENTE/TUTORE/RAPPRESENTANTE LEGALE

Eventuale FIRMA DELL'INTERPRETE

Eventuale revoca del consenso a _____ data __/__/__

Firma del paziente _____ Firma Medico _____