



MOD.2
ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALLA
PROCEDURA DIAGNOSTICA DI RISONANZA
MAGNETICA

Revisione n. 3
del 22/08/2016

Pag. 1/2

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov _____ il ___/___/_____

dichiaro di essere stato informato/a riguardo la procedura diagnostica di

_____ (specificare il tipo di procedura e se questa viene effettuata utilizzando mezzo di contrasto paramagnetico/magnetico)

In particolare, nel corso del colloquio con il Medico prescrittore, ho avuto modo di comprendere, nei contenuti essenziali, le caratteristiche della procedura:

- *modalità di esecuzione modalità di preparazione (rif. D.M. 02/08/1991)*
- *finalità e vantaggi*
- *rischi/complicanze connessi al tipo di esame ed all'eventuale utilizzo del mezzo di contrasto*
- *necessità di effettuare eventuali indagini successive*
- *condizioni individuali particolari degne di nota: _____*
- e le alternative diagnostiche.

Nota informativa relativa all'esame RM

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM sfrutta l'impiego di intensi campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF). In alcuni tipi di indagine possono anche essere somministrate al paziente, per via endovenosa, alcune sostanze con proprietà paramagnetiche come Mezzo di Contrasto (MdC). Ad eccezione di tali casi, la RM si configura come un esame diagnostico non invasivo.

L'esame RM, 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. Sebbene non esistano evidenze in grado di provare una sensibilità dell'embrione ai campi statici di induzione magnetica e alle onde elettromagnetiche RF utilizzati per indagini diagnostiche mediante RM, è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.

Nel corso dell'esame RM è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse. L'evenienza più probabile è rappresentata da una crisi di claustrofobia a carattere passeggero.

L'impiego del MdC a base di sostanze paramagnetiche è generalmente ben tollerato e non provoca alcuna sensazione particolare. Raramente possono comunque verificarsi episodi di ipersensibilità come orticaria o altri fenomeni allergici. In casi rarissimi sono stati riportati episodi di shock anafilattico.

Il **CMSR** garantisce sempre la presenza di personale medico specializzato (rianimatore e radiologo) pronto ad intervenire in caso di emergenze mediche di tale genere.

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 dell'esecuzione dell'esame RM, previo utilizzo dell'apposito questionario anamnestico e del modulo di consenso informato.

Per effettuare l'esame RM è necessario che il paziente, ove del caso supportato dal personale di servizio:

- tolga eventuale trucco per il viso e/o lacca per i capelli;
- depositi nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferro-magnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, ecc.);
- tolga eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito;
- tolga lenti a contatto o occhiali;
- si spogli, e successivamente indossi l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio;
- utilizzi la cuffia o gli appositi tappi auricolari fornitigli.

La durata media dell'esame RM è approssimativamente pari a 30 minuti, ma può variare in relazione a esigenze cliniche e al numero di distretti anatomici da esaminare. Durante la fase di acquisizione dati dell'esame 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 rimanere tranquilli e mantenere il massimo grado di immobilità per non compromettere il risultato diagnostico dell'immagine. La respirazione regolare e la deglutizione della saliva non disturbano l'esame.

In alcuni tipi di indagine può essere richiesto al paziente di collaborare mediante atti respiratori e brevi periodi di apnea al fine di migliorare la qualità diagnostica delle immagini.

Nella sala comando è sempre presente personale di servizio pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità.

Il paziente è sempre in contatto vocale e visivo con gli operatori, che eseguono un controllo costante durante tutta la fase di esame.

In caso di insorgenza di disturbi, come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento, è opportuno che il paziente avverta quanto prima il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM, utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione.

DATA: _____
FIRMA: _____
REVOCA DEL CONSENSO A SOTTOPORMI ALL'INDAGINE DIAGNOSTICA

Pertanto, con la consapevolezza che il consenso può essere revocato in qualsiasi momento,

ACCONSENSO **NON ACCONSENTO** a sottopormi alla procedura diagnostica indicata

Data ___/___/___ Firma dell'interessato _____ Firma del Medico _____



MOD.2
ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALLA
PROCEDURA DIAGNOSTICA DI RISONANZA
MAGNETICA

Revisione n. 3
del 22/08/2016

Pag. 2/2

**SEZIONE RISERVATA ALLA COMPILAZIONE DA PARTE DEL MEDICO PRESCRITTORE ED ALLA VERIFICA
DA PARTE DEL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME**

Questionario preliminare all'esecuzione di esame di risonanza magnetica (rif. D.M. 02/08/1991)

È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci	si	no
Soffre di claustrofobia?	si	no
Ha mai subito incidenti stradali o incidenti di caccia?	si	no
È stato vittima di traumi da esplosioni?	si	no
È portatore di schegge o frammenti metallici?	si	no
Ha mai lavorato come saldatore, tornitore, carrozziere?	si	no
Ha mai subito interventi chirurgici e/o procedure interventistiche?	si	no
È portatore di clips su aneurismi, aorta, cervello?	si	no
È portatore di valvole cardiache meccaniche?	si	no
È portatore di distrattori della colonna vertebrale?	si	no
È portatore di pompa per infusione di insulina o altri farmaci?	si	no
È portatore di corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	si	no
È portatore di neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	si	no
È portatore di derivazione spinale o ventricolare?	si	no
È portatore di protesi metalliche (es.pregresse fratture), viti, chiodi, filo?	si	no
È portatore di protesi dentarie fisse o mobili?	si	no
È portatore di protesi del cristallino o lenti a contatto?	si	no
È affetto da anemia falciforme? È affetto da mastocitosi?	si	no
È portatore di espansori mammari?	si	no
È portatore di spirale intrauterina?	si	no
È in stato di gravidanza?	si	no
È portatore di trucco permanente e/o tatuaggi e/o piercing e/o dermal?	si	no

Ha subito interventi chirurgici su:

- Testa Collo Addome Estremità Torace Altro

NOTA (solo per esami con mezzo di contrasto): Nell'inviare il paziente che deve effettuare Risonanza Magnetica con mezzo di contrasto, si dichiara di aver verificato la presenza del referto di creatinina (non antecedente i tre mesi) e di averne contestualmente valutato i risultati al fine di fornire l'idoneità all'esecuzione della sopracitata indagine diagnostica.

Firma del Medico Prescrittore _____

Il **Medico Radiologo**, 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.**

Firma del Medico Radiologo _____