



Struttura Sanitaria Certificata ISO 9001 per erogazione di Servizi di Medicina
Fisica e Riabilitativa di Poliambulatorio e Centro Prelievi

COGNOME..... NOME..... KG.....

NATO/A A..... PROV..... IL/...../.....

Note informative relative all'esame di Risonanza Magnetica (RM)

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive, e si configura come un esame diagnostico non invasivo.

L'esame RM, 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, **è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.**

Le pazienti con dispositivi contraccettivi intrauterini (**spiralì o IUD**) è opportuno che ne verifichino il corretto posizionamento dopo la permanenza nel sito RM con la propria ginecologa/o.

NON possono eseguire l'esame i pazienti portatori di PACE-MAKER, di DEFIBRILLATORE CARDIACO IMPIANTABILE (ICD), di ESPANSORI MAMMARIO CON VALVOLA, di PROTESI COCLEARI IMPIANTATE, nonché di NEUROSTIMOLATORI o pompe di INFUSIONE se non rimovibili.

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.

ESECUZIONE DELL'ESAME RMN

Prima di eseguire l'esame di Risonanza Magnetica accertarsi di non indossare lenti a contatto, extension magnetiche per ciglia, piercing, apparecchi per l'udito o protesi dentarie mobili, occhiali, fermacapelli, indumenti di materiale sintetico, oggetti metallici o schede magnetiche.

Il personale tecnico fornirà un camice da indossare dopo esservi spogliato dai propri indumenti personali che contengano chiusura metalliche (reggiseno e body) o che sia fatto con tessuto che possa contenere fibre metalliche (pancera, indumenti elastici, etichette interne, accessori decorativi).

Verranno fornite delle cuffie dal personale di servizio.

La durata media dell'esame di RM varia da 30 a 60 minuti.

Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchiatura RM.

Durante la fase di esame è necessario rimanere tranquilli e mantenere il massimo grado di immobilità per non compromettere il risultato dell'immagine.

Il paziente è sempre in contatto vocale e visivo con l'operatore, che in caso di insorgenza di disturbi, come claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento, è opportuno che il paziente avverta quanto prima il personale Tecnico e Medico, utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione.

Struttura Sanitaria Certificata **ISO 9001** per erogazione di Servizi di Medicina Fisica e Riabilitativa di Poliambulatorio e Centro Prelievi

QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER ESECUZIONE DI ESAME RMN

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM, essendo un autocertificazione da parte del paziente, il quale, in relazione alle risposte fornite, può concludere che non sussistano controindicazioni all'esame.

La controfirma del paziente nella medesima pagina, garantisce la piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte false o mendaci ai quesiti sottopostigli. (rif. D.M. 10/08/2018)

1. Ha eseguito in precedenza esami RM?	SI	NO
2. E' portatore di pace-maker cardiaco, defibrillatore impiantati o altri tipi di cateteri cardiaci (loop-recorder)?	SI	NO
3. E' portatore impianti cocleari (orecchio interno)	SI	NO
4. E' portatore di neuro stimolatori (spinali) o stimolanti di crescita ossea, elettrodi spinali, elettrodi impiantati nel cervello o subdurale (DVP), catetere di Schwan-Ganz?	SI	NO
5. E' portatore di protesi del cristallino e/o oculari magnetiche, frammenti metallici intraoculari o lenti a contatto?	SI	NO
6. E' portatore di pompa per infusione di farmaci, sensori di misurazione glucosio?	SI	NO
7. E' portatore di videocapsula per esame intestino (PillCam)	SI	NO
8. E' portatore di repere metallici ferromagnetici per radioterapia in corso?	SI	NO
9. Data ultime mestruazioni: E' in stato gravidico?	SI	NO
10. Soffre di claustrofobia?	SI	NO
11. Ha mai subito incidente stradale o di caccia?	SI	NO
12. E' stato vittima di traumi di esplosioni?	SI	NO
13. Ha mai lavorato come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO
14. E' portatore di schegge o frammenti metallici?	SI	NO
15. Punti chirurgici metallici in sede vascolare (aorta, cervello) o dispositivi endovascolari ferromagnetici (filtro cavale, stent da meno di 6 settimane)	SI	NO
Data impianto: Locazione:		
16. E' portatore di distrattori della colonna vertebrale?	SI	NO
17. E' portatore di protesi peniena, mammaria o altre protesi? Locazione:	SI	NO
18. E' portatore di espansori mammarie? Controindicazione assoluta (no)	SI	NO
19. E' portatore di protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
20. E' affetto da anemia falciforme?	SI	NO
21. E' portatore di spirale intrauterina metallica (IUD)?	SI	NO
22. E' portatore di tatuaggi o trucco permanente?	SI	NO
23. E' portatore di piercing e/o dermal, ciglia magnetiche?	SI	NO
24. Sta utilizzando cerotti medicali?	SI	NO
25. Ha mai subito interventi chirurgici e/o procedure interventistiche? testa, collo, addome, torace, estremità, altro.....	SI	NO



Struttura Sanitaria Certificata **ISO 9001** per erogazione di Servizi di Medicina
Fisica e Riabilitativa di Poliambulatorio e Centro Prelievi

Data esame:

Firma Medico Radiologo

DICHIARO

Di essere stato informato esaurientemente e di esprimere il mio consenso alla effettuazione della RM.

Firma paziente

.....

Firma di entrambi i GENITORI o TUTORI LEGALI per pazienti minorenni

.....

☐

REFERTI CARTACEI PRECEDENTI LASCIATI IN VISIONE

☐

ESAMI SU SUPPORTO (CD) PRECEDENTI LASCIATI IN VISIONE