

SCHEDA INFORMATIVA E QUESTIONARIO PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA (RM)

Gentilissima/o Paziente

Il Suo medico curante ci ha richiesto l'esecuzione di un esame di risonanza magnetica (RM). La invitiamo a leggere attentamente la seguente scheda informativa.

Cos'è una Risonanza Magnetica?

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che NON utilizza raggi X o sostanze radioattive. Il corpo umano viene esposto ad un campo di induzione magnetica molto intenso e a onde a radiofrequenza, simili alle onde radiotelevisive. Ciò induce un'emissione di segnali elettromagnetici dal proprio corpo che vengono convertiti in immagine.

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

Svolgimento dell'esame:

L'esame non è doloroso né fastidioso.

- Prima dell'esame deve depositare nello spogliatoio gioielli, orologio, piercing, occhiali, lenti a contatto, apparecchi dentari mobili, apparecchi acustici, fermagli per capelli o qualsiasi oggetto metallico; togliere il reggiseno; rimuovere eventuale trucco per il viso e lacca per capelli;
- Per l'esame deve spogliarsi fino agli indumenti intimi e indossare il camice ospedaliero. L'intimo non deve contenere ricami con filo d'oro o d'argento ed essere preferibilmente di fibre naturali.
- L'esame dura a secondo dell'organo interessato da circa 20 minuti fino ad 1 ora;
- Il paziente viene sdraiato sul tavolo d'esame. In base all'organo da studiare vengono posizionate all'esterno del corpo cosiddette "bobine" sagomate. Successivamente il lettino viene introdotto lentamente all'interno del tunnel dell'apparecchio;
- Durante tutto l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio (vengono comunemente forniti tappi o cuffie antirumore);
- Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente, perché ogni movimento può pregiudicare il risultato diagnostico;
- Le potrà essere richiesto dal personale addetto di trattenere il respiro durante alcune fasi dell'esame;
- Sarà continuamente sotto controllo medico. Raramente insorgono disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi può sempre richiedere l'intervento degli operatori con l'ausilio di un campanello;

Ci preoccupiamo sempre di rispettare l'orario della Sua prenotazione. Esami urgenti possono tuttavia causare un'attesa imprevista; in questo caso La informeremo prontamente, certi della Sua comprensione.

Perché il mezzo di contrasto?

In questa indagine può essere necessario l'uso di un mezzo di contrasto endovenoso (Gadolinio) per meglio rappresentare le strutture anatomiche in esame e riconoscere con maggior accuratezza le alterazioni patologiche. I mezzi di contrasto attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri e sono stati somministrati a milioni di pazienti, ma occasionalmente possono dare delle reazioni. Il personale del Servizio di radiodiagnostica è addestrato per intervenire nel modo migliore nel caso ciò si verificassero. I tipi di reazioni che si manifestano in casi sporadici sono:

- **Reazioni minori**, come starnuti o nausea. Queste reazioni non richiedono alcuna terapia medica.

Krankenhaus Bozen | Tel. 0471 908494 | Fax 0471 908908 | radiologia.bz@sabes.it
Krankenhaus Brixen | Tel. 0472 813150 | Fax 0472 813159 | radio.bx@sabes.it
Krankenhaus Bruneck | Tel. 0474 581250 | Fax 0474 581251 |
roentgendiagnostik-bruneck@sabes.it
Krankenhaus Meran | Tel. 0473 263070 | Fax 0473 264684 | rad-me@sabes.it
Krankenhaus Innichen | Tel. 0474 917090 | Fax 0474 917091 | rx_tech.inn@sabes.it
Krankenhaus Schlanders | Tel. 0473 735020 | Fax 0473 735861 | rad-schl@sabes.it
Krankenhaus Sterzing | Tel. 0472 774412 | Fax 0472 774479 | radio.st@sabes.it
http://www.sabes.it
Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Ospedale Bolzano | Tel. 0471 908494 | Fax 0471 908908 | radiologia.bz@sabes.it
Ospedale Bressanone | Tel. 0472 813150 | Fax 0472 813159 | radio.bx@sabes.it
Ospedale Brunico | Tel. 0474 581250 | Fax 0474 581251 |
roentgendiagnostik-bruneck@sabes.it
Ospedale Merano | Tel. 0473 263070 | Fax 0473 264684 | rad-me@sabes.it
Ospedale di S. Candido | Tel. 0474 917090 | Fax 0474 917091 | rx_tech.inn@sabes.it
Ospedale Silandro | Tel. 0473 735020 | Fax 0473 735861 | rad-schl@sabes.it
Ospedale di Vipiteno | Tel. 0472 774412 | Fax 0472 774479 | radio.st@sabes.it
http://www.asdaa.it
Ragione sociale: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Cod. fisc./P. IVA 00773750211

- **Reazioni severe (0,01%):** queste reazioni richiedono di solito una terapia medica e comprendono ad esempio difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari, convulsioni o perdita di coscienza.
- Nel caso di grave insufficienza renale, nei pazienti dializzati o trapiantati la somministrazione del mezzo di contrasto (Gadolinio) comporta il rischio di sviluppare una fibrosi nefrogenica sistemica, malattia rara caratterizzata da ispessimenti della cute e dei tessuti connettivi, debilitante e potenzialmente evolutiva.

Il rischio connesso all'esame in rapporto ai benefici ottenibili è molto piccolo.

Per poter escludere nel Suo caso altri fattori di rischio, La preghiamo di rispondere alle domande del questionario allegato.

Dichiarazione di consenso all'esecuzione dell'esame ed alla somministrazione del MDC

Io sottoscritto/sottoscritta _____

nato/a a _____ il _____

confermo di essere stato adeguatamente informato/stata adeguatamente informata da:

_____ sulla mia situazione clinica e di aver ricevuto al riguardo chiare risposte ad ogni mia domanda.

Ho così compreso che allo scopo di migliorare la situazione attuale e/o di evitare peggioramenti delle mie condizioni cliniche è indicato un esame di risonanza magnetica.

Ritengo di aver ottenuto informazioni sufficienti riguardo all'indagine proposta e all'utilizzo eventuale del mezzo di contrasto. Valutate le informazioni e i chiarimenti ricevuti, compreso quanto sinteticamente riportato nel questionario, conscio delle eventuali complicanze e rischi connessi all'indagine, esprimo un consenso consapevole all'esecuzione della indagine RM.

Sono consapevole che l'indagine, una volta avviata, può essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione diagnostica ricercata con questo esame.

Pertanto:

- acconsento all'esecuzione dell'esame di Risonanza Magnetica.**
- NON ACCONSENTO all'esecuzione dell'esame di Risonanza Magnetica.**

_____ Data e ora

_____ Firma del/della paziente
(o del rappresentante legale)

Ritengo di aver ottenuto informazioni sufficienti riguardo all'indagine proposta e all'utilizzo eventuale del mezzo di contrasto

- se del caso, autorizzo la somministrazione eventuale del mezzo di contrasto;**
- non autorizzo la somministrazione eventuale del mezzo di contrasto.**

_____ Data e ora

_____ Firma del/della paziente
(o del rappresentante legale)

QUESTIONARIO

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Peso _____ Altezza _____

Ha eseguito in precedenza esami di Risonanza Magnetica?

NO SI

Se si, ha avuto dei problemi? Quali?

Soffre di claustrofobia?

NO SI

Soffre di malattie renali con riduzione della funzionalità?

NO SI

Ha problemi di allergia, asma o intolleranza a farmaci o mezzi di contrasto?

NO SI

È portatore/portatrice di pace-maker, defibrillatori, di pompa per insulina, pompa per cistostatici, neurostimolatori o altri dispositivi medici elettronici fissi?

NO SI

Se si, quali e dove?

È mai stato operato/stata operata con inserimento di protesi o dispositivi

NO SI

metallici fissi (p.e. valvole cardiache, protesi cocleari, artroprotesi, clips vascolari)

Se si, quali? Portare eventuale documentazione (p.es. specifiche della protesi).

Sono presenti nel Suo corpo elementi metallici come viti, chiodi o fili da intervento chirurgico o ortopedico?

NO SI

Se si, quali e dove?

È portatore/portatrice di apparecchi acustici, protesi dentarie, lenti a contatto o protesi del cristallino?

NO SI

Ritiene di poter avere schegge o frammenti metallici nel corpo?

NO SI

Se si, quali e dove?

Ha tatuaggi e/o piercing?

NO SI

Sta utilizzando cerotti medicali?

NO SI

Soffre di anemia falciforme?

NO SI

Solo per le donne

È in stato di gravidanza?

NO SI

Se si, a quale mese? _____

Usa la spirale in materiale metallico (IUD)?

NO SI

Se si, è consigliabile una visita ginecologica dopo l'esame per confermarne la corretta posizione.

Sta allattando?

NO SI

Per effettuare l'esame occorre togliere: lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiera, fermagli per capelli, gioielli, occhiali, ogni eventuale oggetto metallico e tutti gli indumenti incluso il reggiseno fino alla biancheria intima. Si prega di asportare cosmetici dal viso e eliminare lacca dei capelli.

IL MEDICO RESPONSABILE DELLA PRESTAZIONE,
preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica
AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

_____ Data

_____ Firma del Medico Radiologo