

## MODULO INFORMATIVO E QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER LA ESECUZIONE DI ESAME RM

### DATI PAZIENTE:

Cognome ..... Nome .....  
 Data e luogo di nascita ..... Peso (Kg) .....  
 Residenza ..... Recapito Tel. ....  
 Reparto ..... Indagine richiesta .....

**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 magnetici e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF). In alcuni tipi di indagine può essere somministrato al paziente, per via endovenosa o per iniezione diretta (es. intra-articolare) un mezzo di contrasto. 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 sicure evidenze scientifiche **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. Il sito RM garantisce sempre la presenza di personale medico specializzato pronto ad intervenire in caso di emergenze mediche di tale genere.

**Esecuzione dell'esame RM:** Per effettuare l'esame RM è necessario (1) togliere eventuale trucco per il viso e lacca per capelli, (2) 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, etc), (3) togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito, (4) togliere lenti a contatto o occhiali, (5) spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio, (6) utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio. La durata media dell'esame RM è circa 30 minuti. Durante la fase di acquisizione dati dell'esame RM sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchiatura RM. Durante l'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 comandi 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 il personale del reparto RM utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione forniti.

### Questionario anamnestico

Gentile Signora/re, il seguente "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM. Prima di essere sottoposto all'esame RM, è necessario che Lei compili e firmi tale questionario. In caso di dubbi, non esiti a chiedere spiegazioni al Medico Responsabile dell'esame RM. La risposta affermativa ad uno o più quesiti, infatti, può comportare controindicazione anche assoluta all'esecuzione dell'esame RM.

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| • Ha eseguito in precedenza esami RM ?                                | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Ha avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto RM ?           | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Soffre di claustrofobia?  | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere ? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia ?             | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • E' stato vittima di traumi da esplosioni ?                          | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Ultime mestruazioni: ____/____/____: E' in stato di gravidanza ?    | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

- Ha subito interventi chirurgici : Si  No

Se Sì: Specificare sede e tipo di intervento : .....

- sa di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo Si  No
- Pace-Maker, defibrillatori cardiaci o altri tipi di cateteri cardiaci ? Si  No
- Schegge o frammenti metallici ? Si  No
- Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello ? Si  No
- Valvole cardiache o stents? 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 udito ? Si  No
- Stimolatori, Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali ? Si  No
- Corpi intrauterini ? Si  No
- Derivazione spinale o ventricolare ? Si  No
- Protesi dentarie fisse o mobili? Si  No
- Protesi metalliche (viti, chiodi, filo per pregresse fratture o correttivi articolari, etc)? Si  No
- Altre protesi ? Si  No

Se Sì: Localizzazione ..... Tipo: .....

- Ritene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza ? Si  No

**Informazioni supplementari:**

- E' affetto da anemia falciforme ? Si  No
- E' portatore di protesi del cristallino ? Si  No
- Sta utilizzando cerotti medicali ? Si  No
- E' portatore di piercing e/o tatuaggi? Si  No

Se Sì: Localizzazione: .....

Data ..... / ..... / ..... Timbro e Firma Medico del Reparto\* .....

**Prima di effettuare l'esame RM deve assolutamente togliere:** lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta erniaria - fermagli per capelli - mollette - occhiali - gioielli - orologi - carte di credito o altre schede magnetiche - coltelli tascabili - ferma soldi - monete - chiavi - ganci - automatici - bottoni metallici - spille - vestiti con lampo - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.

**Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.**

**IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM:** Preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica autorizzo l'esecuzione dell'indagine RM

Il Medico Responsabile dell'esame RM : ..... Firma.....

**IL PAZIENTE:** Ritengo di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM, dichiara di aver fornito informazioni veritiere nella compilazione del questionario anamnestico, e di acconsentire all'esecuzione dell'esame RM.

Firma del Paziente ..... Data ..... / ..... / .....

Genitore o eventuale tutore ..... Firma .....

\*se trattasi di paziente in regime di ricovero