

MODULO INFORMATIVO ESAME RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN)

CHE COS'È: La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive. La Risonanza Magnetica di base si configura come 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.

A COSA SERVE: Viene utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico del sistema muscolo-scheletrico (articolazioni, osso, tessuti molli).

COME SI EFFETTUA: L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene sdraiato su un lettino e 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. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio.

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI : I pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono collaborare con il Responsabile della Prestazione Diagnostica al fine di una corretta compilazione di un apposito "questionario anamnestico" (di seguito riportato) utile ad escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

Si raccomanda quanto segue: - 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), - togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito, - togliere lenti a contatto o occhiali, - spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio,

Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente. Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME RMN: Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico di Medicina Generale che, per le sue valutazioni, si avvale anche delle risposte fornite dal paziente o dal tutore legale (ad esempio in caso di minore)

- Ha eseguito in precedenza esami RMN ? SI NO
- Soffre di claustrofobia ? SI NO
- Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere ? SI NO
- Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia ? SI NO
- E' stato vittima di traumi da esplosioni ? SI NO
- E' in stato di gravidanza certa o presunta? SI NO
- Ha subito interventi chirurgici su: SI NO

Testa Addome Collo.....

Estremità Torace.....Occhi.....

Altro.....

- E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo ? SI NO
- E' portatore di:
 - Pace Maker cardiaco 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 ? SI NO
- Stents ? SI NO
- Defibrillatori impiantati ? 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
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali ? SI NO
- Altri tipi di stimolatori ? SI NO
- Dispositivo intrauterino (IUD) ? SI NO
- Derivazione spinale o ventricolare ? SI NO
- Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc), viti, chiodi, filo, etc... ? SI NO
- Altre protesi ? SI NO

Localizzazione

- Ritieni di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza ? SI NO
- E' portatore di protesi del cristallino ? SI NO
- E' portatore di piercing ? SI NO

Localizzazione

- Presenta tatuaggi ? SI NO

Localizzazione.....

- Sta utilizzando cerotti medicali ? SI NO

CONSENSO INFORMATO del paziente all'esecuzione dell'indagine RM

IL PAZIENTE Ritieni 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 l'esecuzione dell'esame

Data _____ Firma del Paziente (*) _____

() In caso di paziente minorenni è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci*

IL MEDICO RICHIEDENTE PER PRESA VISIONE DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Data _____ Timbro e Firma _____