

MODULO DI RICHIESTA ESAME DI RISONANZA MAGNETICA (RM)

COGNOME _____	NOME _____
NATO/A A _____	IL _____
in qualità di esercente la potestà sul minore _____	
in qualità di tutore del paziente _____	
DISTRETTO DA ESAMINARE _____	
RELAZIONE CLINICA (indicare le patologie di rilievo e un preciso quesito clinico): 	

PORTARE SEMPRE ESAMI PRECEDENTI RELATIVI AL QUESITO DIAGNOSTICO: RX, TC, ETG, RM, ALTRO

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RM

NON POSSONO EFFETTUARE L'ESAME i pazienti portatori di:

1. pace-maker cardiaci
2. altre protesi dotate di circuiti elettronici
3. preparati metallici intracranici o posizionati in prossimità di strutture anatomiche vitali
4. clips vascolari o schegge in materiale ferromagnetico

CONTROINDICAZIONI RELATIVE ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME RM

È sconsigliata l'effettuazione dell'esame nelle pazienti nel primo trimestre di gestazione.

A partire dal secondo trimestre il medico radiologo potrà valutare, a seguito di accordo con il medico richiedente la prestazione, la possibilità di effettuazione dell'esame.

I pazienti portatori di:

1. protesi, placche, viti metalliche da interventi ortopedici
2. clips e punti metallici da interventi toracici e/o addominali
3. clips metalliche e stent vascolari
4. altro materiale metallico derivante da interventi chirurgici o incidenti

devono produrre certificazione scritta in loro possesso relativa alla magneto-compatibilità del materiale metallico impiantato, firmata dal medico della struttura dove è stato effettuato l'intervento. Qualora la certificazione non fosse disponibile, il medico radiologo deciderà se effettuare l'indagine basandosi sulle informazioni disponibili e, eventualmente, su indagini pregresse. Inoltre, i pazienti portatori di tatuaggi e lenti a contatto dovranno informare il personale tecnico prima dell'esecuzione dell'esame.

Su base clinica e anamnestica emergono situazioni riferibili a:

Comprovato rischio allergico a mdc iodato o paramagnetico (o gravi stati d'asma o atopia che richiedano trattamento medico)	<input type="checkbox"/> SÌ, specificare:	<input type="checkbox"/> NO
Insufficienza renale	<input type="checkbox"/> SÌ (dosaggio creatininemia non antecedente 90gg)	<input type="checkbox"/> NO
Grave insufficienza epatica	<input type="checkbox"/> SÌ, specificare:	<input type="checkbox"/> NO

A giudizio del medico esaminatore potrà essere necessario somministrare per via endovenosa sostanze paramagnetiche per ottenere il migliore risultato diagnostico. Il digiuno non va necessariamente prescritto prima della somministrazione di mezzi di contrasto a base di gadolinio, ad eccezione di esami specifici (digiuno da almeno 4 ore, consentita la somministrazione di acqua): RM Addome Superiore, RM Fegato, RM Pancreas, Colangio RM, Entero RM.

Data

Firma e timbro del Medico Richiedente/Curante

SINTESI INFORMATIVA SULL'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

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 che, 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 in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza.**

A COSA SERVE: viene utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico dell'encefalo e della colonna vertebrale, dell'addome, della pelvi, dei grossi vasi e dell'apparato muscolo-scheletrico (articolazioni, ossa, 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, a eccezione delle bobine endorettali. Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa.

COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE: raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione che il paziente avrà a portata di mano durante tutto l'esame.

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI: i pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, **devono collaborare con il Medico Responsabile della prestazione diagnostica** affinché possa compilare correttamente un apposito "questionario anamnestico" utile a escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso. **A tal fine, il paziente è tenuto a presentarsi nella sede di esecuzione dell'esame 15 minuti prima dell'orario indicato sulla prenotazione. Si raccomanda di:**

- depositare nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferromagnetico o dotato di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, ecc);
- togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito;
- togliere lenti a contatto od occhiali;
- spogliarsi e indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio;
- utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio.

Si raccomanda di evitare di truccare il viso e di utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini. **Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.**

Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (per esempio, per l'ipertensione o il diabete).

SINTESI INFORMATIVA SULLA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO IN RISONANZA MAGNETICA

- La somministrazione del mezzo di contrasto (MDC) per via endovenosa è parte integrante dell'esame di Risonanza Magnetica (RM) e, in alcuni tipi di indagine, è indispensabile per una corretta diagnosi. Le caratteristiche di tali farmaci permettono tranquillità di impiego, "pur tenendo in considerazione i rischi generici di ipersensibilità, caratteristici di ogni formulazione iniettabile" (Circolare del Ministero della Sanità 900.VI/11.AG./642 del 17.9.97). Per i pazienti senza storia clinica di nefropatia non è necessario il dosaggio della creatinemia e conseguentemente dell'eGFR. I pazienti con insufficienza renale lieve devono eseguire preliminarmente il dosaggio della **Creatinina** del sangue (ESUR 10.0) e presentarlo al personale medico della sezione di RM per poterne valutare la funzionalità renale. Infatti, i pazienti affetti da **insufficienza renale moderata e severa**, ai quali venga somministrato per via endovenosa un mezzo di contrasto a base di gadolinio, sono esposti maggiormente al rischio di sviluppare una rara patologia nota con il nome di **Fibrosi Sistemica Nefrogenica (FSN)**. La FSN è una patologia rara caratterizzata da ispessimento della cute e dei tessuti connettivi, debilitante e potenzialmente fatale. **In base alle recenti evidenze in letteratura clinica, l'uso del mezzo di contrasto a base di gadolinio, in pazienti considerati ad alto rischio, nei dializzati e/o sottoposti a trapianto renale, è strettamente legato a una scelta consapevole e condivisa tra il clinico richiedente e il medico radiologo, nel rispetto del minor costo biologico e della migliore risposta diagnostica.**

- La somministrazione del mezzo di contrasto può talora comportare alcuni lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito). Con un'incidenza non prevedibile e quantificabile, ma comunque molto bassa, può indurre anche reazioni allergiche gravi fino allo shock anafilattico. È quindi necessario **comunicare al Medico Responsabile dell'esame ogni eventuale tipo di allergia prima dell'esame stesso** e, in caso di precedente reazione al mezzo di contrasto, va usato un mezzo differente, preferibilmente dopo aver consultato un allergologo (ESUR 10.0). La premedicazione non è raccomandata perché non vi è sufficiente evidenza della sua efficacia.

- Il personale sanitario dell'Unità Operativa è sempre presente all'interno della struttura per garantire in caso di emergenza un pronto intervento.

- L'impiego del gadolinio nelle donne in gravidanza richiede la valutazione del rapporto rischio/beneficio e l'eventuale stato di gravidanza deve essere preventivamente comunicato al Medico Responsabile dell'esame RM. Le donne in allattamento possono discutere con il medico l'eventuale eliminazione del latte per 24 ore (ESUR 10.0). Una revisione condotta dall'European Medicines Agency (EMA) ha confermato un accumulo di gadolinio nel cervello a seguito di uso di mezzi di contrasto (in particolare per i composti di tipo lineare il cui utilizzo è stato recentemente sospeso a favore dei soli composti di tipo macrociclico sia per uso endovenoso, sia intraarticolare). Ancorché non vi sia evidenza di danno, non essendo noti i rischi a lungo termine associati a deposito di gadolinio, in ottemperanza alle raccomandazioni delle Agenzie nazionali (AIFA) e internazionali preposte, i mezzi di contrasto verranno utilizzati solo quando non sia possibile ottenere le informazioni diagnostiche essenziali con scansioni prive di mezzo di contrasto e, in ogni caso, impiegando la dose più bassa in grado di fornire sufficienti intensificazioni per la diagnosi.

Ogni eventuale chiarimento in merito all'esecuzione dell'esame con mezzo di contrasto può essere richiesto al personale sanitario dell'Unità Operativa. Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso, il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo responsabile della esecuzione dell'esame RM.

MODULO DI ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO
PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA (RM)
QUESTIONARIO ANAMNESTICO PRELIMINARE

Dati del paziente

Cognome _____ Nome _____
 Data e luogo di nascita _____ Peso (kg) _____
 Residenza _____ Recapito Tel. _____
 Indagine richiesta _____
 Reparto/Medico richiedente l'esame RM _____

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi. Tale questionario deve essere attentamente compilato e firmato dal Medico Responsabile della Prestazione Diagnostica, il quale, in relazione alle risposte fornite dal paziente, può concludere che non sussistano controindicazioni all'esame RM. La controfirma del paziente a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte false o mendaci ai quesiti sottoposti.

Ha eseguito in precedenza esami RM?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Soffre di claustrofobia?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È stato vittima di traumi da esplosioni?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È in stato di gravidanza?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Data ultime mestruazioni:		
Ha subito interventi chirurgici su: <input type="checkbox"/> testa _____ <input type="checkbox"/> collo _____ <input type="checkbox"/> torace _____ <input type="checkbox"/> addome _____ <input type="checkbox"/> estremità _____ <input type="checkbox"/> altro _____	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È portatore di schegge o frammenti metallici?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È portatore di:		
Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Valvole cardiache?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Stent?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Defibrillatori impiantati?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Distrattori della colonna vertebrale?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Atri tipi di stimolatori?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Corpi intrauterini?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Derivazione spinale o ventricolare?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Protesi dentarie fisse o mobili?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc), viti, chiodi, filo, ecc?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Altre protesi? Localizzazione:	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Informazioni supplementari:		
È affetto da anemia falciforme?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È portatore di protesi del cristallino?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È portatore di piercing? Localizzazione:	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Presenta tatuaggi? Localizzazione:	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Sta utilizzando cerotti medicali?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere: eventuali 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, calze di nylon, indumenti in acrilico, 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'esecuzione dell'esame RM

preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletate l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

autorizza l'esecuzione dell'indagine RM

Data

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

Consenso informato all'esame RM

Il paziente ritiene 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
 o del genitore in caso di minore
 o del legale rappresentante in caso di incapace

Consenso informato alla somministrazione di mezzo di contrasto

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della Prestazione Diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione.

Data

Firma del paziente
 o del genitore in caso di minore
 o del legale rappresentante in caso di incapace

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. A 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 mezzo di contrasto 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 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

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 della Prestazione Diagnostica, 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 lacca per capelli;
- depositi 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, ecc);
- tolga eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito;
- tolga lenti a contatto od 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 a intervenire in caso di qualsiasi necessità. Il paziente è sempre in contatto vocale, acustico 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.

SCHEDA DI ACCESSO OCCASIONALE AL SITO RM

Riservata a visitatori, accompagnatori, operatori sanitari e a tutti coloro che, a qualsiasi titolo e privi di idoneità medica all'esposizione a campi RM, accedono occasionalmente alla Zona Controllata - da confermare per gli accessi successivi al primo.

La verifica anamnestica ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esposizione ai rischi legati ai campi elettromagnetici intensi presenti nelle Zone Controllate all'interno del Sito RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Radiologo Responsabile della sicurezza clinica e dell'efficacia diagnostica dell'apparecchiatura RM o da altro medico delegato, il quale, in relazione alle risposte fornite, è tenuto a valutare se sussistono controindicazioni all'accesso.

COGNOME _____ **NOME** _____

NATO/A A _____ **IL** _____

Indicare se visitatore, accompagnatore o altro _____

Motivo dell'accesso al sito RM:

Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È stato vittima di traumi da esplosioni?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È in stato di gravidanza?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Data ultime mestruazioni:		
Ha subito interventi chirurgici su:		
<input type="checkbox"/> testa _____ <input type="checkbox"/> collo _____	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> torace _____ <input type="checkbox"/> addome _____		
<input type="checkbox"/> estremità _____ <input type="checkbox"/> altro _____		
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È portatore di pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È portatore di schegge o frammenti metallici?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È portatore di:		
Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Valvole cardiache?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Stent?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Defibrillatori impiantati?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Distrattori della colonna vertebrale?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Atri tipi di stimolatori?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Corpi intrauterini?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Derivazione spinale o ventricolare?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Protesi dentarie fisse o mobili?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc), viti, chiodi, filo, ecc?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Altre protesi? Localizzazione:	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

È affetto da anemia falciforme?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È portatore di protesi del cristallino?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
È portatore di piercing? Localizzazione:	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Presenta tatuaggi? Localizzazione:	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Sta utilizzando cerotti medicali?	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Informazioni supplementari:		

Per accedere alla ZONA CONTROLLATA occorre rimuovere: eventuali 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, calze di nylon, indumenti in acrilico, pinzette metalliche, punti metallici, limette, forbici, altri eventuali oggetti metallici.

All'interno della Zona Controllata non possono essere portati oggetti o dispositivi elettrici se non espressamente autorizzati dal personale presente nel sito RM deputato all'accompagnamento del soggetto durante la sua presenza. Il tempo di permanenza all'interno delle zone di rischio deve essere limitato allo stretto necessario per compiere le attività per le quali ne è stato consentito l'accesso e comunque nelle massime condizioni di ottimizzazione della sua sicurezza.

Il Medico Radiologo Responsabile della sicurezza clinica e dell'efficacia diagnostica dell'apparecchiatura RM (o suo delegato)

preso atto delle risposte fornite dal soggetto ed espletati tutti gli accertamenti del caso

autorizza l'accesso al sito RM

_____ **Data**

_____ **Il Medico Radiologo Responsabile della sicurezza clinica e dell'efficacia diagnostica (o suo delegato)**

Consenso informato

Il soggetto deputato all'accesso ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, cosciente dell'importanza delle risposte fornite, accede al sito RM consapevole dei rischi presenti.

_____ **Data**

_____ **Il soggetto deputato all'accesso**

MODULO INFORMATIVO

SOMMINISTRAZIONE DI SOLUZIONI/GEL, PREPARATI FARMACEUTICI PER VIA EV, IM, INTRARTICOLARE, ORALE O RETTALE ED EVENTUALE INTRODUZIONE DI BOBINE ENDOCAVITARIE IN RISONANZA MAGNETICA

A seconda dell'esame richiesto di Risonanza Magnetica, è possibile sia necessaria ai fini diagnostici la somministrazione di:

- Soluzioni/gel per via rettale o vaginale (per esempio, nelle defecoRM, nello studio del pavimento pelvico, nello studio di patologia della cavità uterina e/o vaginale);
- Prodotti farmaceutici per via endovenosa ipotonizzanti (per esempio, *Buscopan* nello studio della pelvi) o diuretici (per esempio, *Lasix* nelle uroRM);
- Ansiolitici (per esempio, *Tavor*, *Xanax*, *Lexotan*, *Valium*, *Ansiolin*, *Control*, *En*, *Rivotril*, *Lorans*, *Diazepam*, *Alprazolam*, *Lorazepam*) per impedire attacchi di panico o stati d'ansia gravi che inficerebbero l'indagine.

In alcuni casi è prevista l'introduzione nel corpo di bobine endocavitarie.

Per ogni informazione specifica sul prodotto utilizzato introdotto o iniettato si rimanda alla scheda tecnica specifica.

Ogni eventuale ulteriore chiarimento in merito ai rischi/benefici legati al tipo di procedura, al tipo di preparazione o alla somministrazione di soluzioni/gel o preparati farmaceutici o sedativi può essere richiesto al Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM.

CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a _____
si ritiene sufficientemente informato/a sui rischi legati alla:

- Somministrazione di soluzioni/gel o preparati farmaceutici per via orale _____
- Somministrazione di soluzioni/gel o preparati farmaceutici per via rettale _____
- Somministrazione di preparati farmaceutici per via EV/IM/intrarticolare _____
- Introduzione di bobine endocavitarie _____

Pertanto reso/a edotto/a dal Medico Responsabile dell'esame di _____
dei rischi correlati e del beneficio diagnostico

ne acconsente la somministrazione/utilizzazione

Data _____

Firma del paziente _____

Firma del tutore/esercente la patria potestà _____

**CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE
DI SEDATIVI PER ANESTESIA**

da allegare al Consenso Informato raccolto e firmato dall'Anestesista e relativo ai rischi legati alla somministrazione dei sedativi per anestesia propedeutici all'esecuzione dell'esame diagnostico

Il/la sottoscritto/a _____ si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione di sedativi per anestesia.

Pertanto, reso/a edotto/a dal Medico Responsabile dell'esame diagnostico della valutazione dei rischi correlati/benefici diagnostici, ne acconsente la somministrazione.

Data _____

Firma del paziente _____

Firma del tutore/esercente la patria potestà _____