

## MODULO PER LA RICHIESTA DI ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Cognome ..... Nome ..... nato il .....  
Residente a ..... CF.....  
INDAGINE RICHIESTA .....

Ricoverato/a c/o.....  Ambulatoriale  
Raccordo clinico/anamnestico .....

QUESITO CLINICO .....

SUGGERITA DA .....

### QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI UN ESAME RM È PORTATORE DI:

SI	NO	Pace- maker cardiaco
SI	NO	Clips metalliche vascolari
SI	NO	Clips metalliche non vascolari
SI	NO	Impianti cocleari
SI	NO	Dispositivi elettromeccanici non rimovibili
SI	NO	Valvole metalliche cardiache
SI	NO	Schegge metalliche in qualunque parte del corpo
SI	NO	Protesi metalliche ortopediche
SI	NO	Protesi del cristallino con punti intra-oculari ferromagnetici
SI	NO	Pompe insuliniche
SI	NO	Protesi metalliche con attacco magnetico
SI	NO	IUD (spirale)
SI	NO	Lenti a contatto
SI	NO	Filtri, stent e spirali endovascolari ferromagnetici
SI	NO	Catetere di Swan-Ganz
SI	NO	È in stato di gravidanza?

### IN CASO DI RISONANZA MAGNETICA CON MDC

Creatininemia (valore.....) eGFR (valore.....)  
Data esame (.....) non anteriore a 60 gg.

Firma del Paziente.....

Firma dell'eventuale Interprete.....

Timbro e Firma del Medico Curante/Richiedente.....

## PRECAUZIONI E CRITERI DI ESECUZIONE

La risonanza magnetica è, secondo le conoscenze scientifiche attuali, del tutto innocua per l'organismo umano; tuttavia alcune circostanze devono essere a conoscenza del Medico Radiologo al fine di evitare effetti indesiderati.

### A) CRITERI ASSOLUTI DI ESCLUSIONE DALL'INDAGINE

- NON possono essere sottoposti ad RM i pazienti portatori di:
- pace-maker cardiaco, ad eccezione, previo parere del Cardiologo, di quelli RM-compatibili;
- protesi dotate di circuiti elettronici, ad eccezione di quelli RM-compatibili, previo parere del Medico Specialista;
- clips vascolari o schegge in materiale ferromagnetico;
- dispositivi metallici posizionati in prossimità di strutture anatomiche vitali (es. intracranici), ad eccezione di quelli RM-compatibili, previo parere del Medico Specialista.

### B) CRITERI DI PRUDENTE ESCLUSIONE DALL'INDAGINE

- In considerazione della dubbia efficacia di una valutazione diagnostica relativa al feto e alla possibile vulnerabilità da insulti termici, legati alla radiofrequenza, È PRUDENTE ESCLUDERE DALL'ESPOSIZIONE LE GESTANTI, in particolare durante il primo trimestre di gravidanza, tranne nei casi di effettiva ed improrogabile necessità, valutati dal Medico Specialista e vagliati dall'Esperto Medico Responsabile dell'attività dell'impianto o da un Medico dallo stesso delegato. In tutti i casi, la persona deve essere preventivamente informata sui possibili rischi derivanti dall'accertamento medesimo.
- Stante la possibile formazione di trombi ematici, durante l'esposizione al campo magnetico, È CONTROINDICATO SOTTOPORRE AD RM I SOGGETTI PORTATORI DI ANEMIA FALCIFORME.

### C) CRITERI RELATIVI DI ESCLUSIONE DALL'INDAGINE

Motivi di esclusione da valutare di volta in volta e che il paziente DEVE SEGNALARE:

- clips metalliche vascolari (interventi di by-pass aorto-coronarici, di aneurismi addominali);
- valvole cardiache metalliche;
- schegge metalliche in qualsiasi parte del corpo;
- protesi metalliche ortopediche;
- protesi intraoculari del cristallino;
- protesi cocleari o apparecchi acustici fissi;
- protesi dentarie con attacco magnetico;
- pompe insuliniche;
- IUD (spirale);
- lenti a contatto.

## DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

La RISONANZA MAGNETICA è una metodica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti e sostanze radioattive, ma campi magnetici e onde elettromagnetiche a radiofrequenza. A causa della influenza ed interferenza che il campo magnetico esercita su alcuni elementi metallici, è necessario che il Paziente che si sottopone all'indagine, lasci nello spogliatoio **QUALUNQUE OGGETTO METALLICO** (orologio, chiavi, monete, occhiali, forcine per capelli, spille, gioielli, stampelle, ecc.), **TESSERINI MAGNETICI E CARTE DI CREDITO**. Deve inoltre togliere gli **INDUMENTI CON SISTEMI DI CHIUSURA METALLICI** (reggiseno, body, ecc.) o che siano fatti con tessuti che contengano fibre metalliche (pancere, indumenti elastici, ecc.) o che abbiano etichette che contengano fili metallici; inoltre deve rimuovere le **PROTESI DENTARIE**, eventuali **PIERCING** ed il **TRUCCO**.

Il Paziente, in decubito supino sul tavolo dell'apparecchio, viene posizionato all'interno di un tunnel aperto alle due estremità. Durante l'esame l'apparecchiatura produce di norma un rumore ritmico più o meno intenso; esistono comunque strumenti di comunicazione con il personale che esegue l'esame: microfono, telecamera ed un dispositivo acustico di allarme a portata del Paziente. All'interno del tunnel è indispensabile mantenere durante tutto l'esame l'immobilità assoluta: anche il minimo movimento di una parte del corpo può pregiudicare il risultato diagnostico. La respirazione tranquilla e regolare e la deglutizione occasionale di saliva non disturbano l'esame.

**MEZZO DI CONTRASTO (mdc):** per alcuni studi di Risonanza Magnetica è prevista l'assunzione per os e/o la somministrazione per via iniettiva di mdc. Non esistono controindicazioni all'uso di mdc, ad eccezione di possibili precedenti reazioni allergiche al Gadolinio. Nel caso si preveda l'uso di mdc è necessario presentarsi a digiuno.

### **EVENTI AVVERSI (rarissimi):**

- GRADO I:** segni cutanei (prurito, eritema, orticaria, secchezza delle fauci);
- GRADO II:** sintomi cardiocircolatori misurabili ma non tali da richiedere l'intervento del Rianimatore (nausea, vomito, ipotensione, tachicardia, tosse, broncospasmo lieve);
- GRADO III:** sintomatologia a rischio vitale (collasso cardiovascolare, tachibradicardia);
- GRADO IV:** arresto respiratorio, arresto cardiocircolatorio;
- GRADO V:** morte.

**TEMPI:** la durata dell'esame varia da 20 a 40 minuti in relazione al quesito clinico ed al distretto corporeo da esaminare.

## CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto.....  
dichiara di aver preso attenta visione delle pagine informative, nonché di essere stato esaurientemente informato sul modo di conduzione e sulle limitazioni dell'indagine e

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

ad essere sottoposto all'esame di Risonanza Magnetica, eventualmente anche con la somministrazione di mezzo di contrasto paramagnetico (Gadolinio) per via endovenosa, essendo stato informato dei possibili rischi peraltro non prevedibili o prevenibili.

PER LA DONNA: Stato di gravidanza, certo o presunto, all'atto dell'indagine

SI	NO
----	----

Data, .....

Firma del Paziente o del titolare del consenso

.....

.....

Firma dell'eventuale interprete

.....

**Note:** .....

.....

Firma del Medico Radiologo

.....

## DICHIARAZIONE DELL'ACCOMPAGNATORE

Il sottoscritto.....nato il.....  
Residente a .....CF.....  
che accompagna il Paziente nella SALA dell'ESAME

### DICHIARA

- di aver preso attenta visione del foglio di informazioni consegnato al Paziente;
- di NON rientrare in NESSUNA delle situazioni che comportino controindicazione o che siano CRITERIO DI ESCLUSIONE dall'indagine al fine di avere libero accesso ai locali sotto controllo.

Data

Firma

.....

.....