

**MODULO DI ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI RMN somministrato da:**

(Indicare nome, cognome e qualifica professionale del membro dell'EQUIPE RM)

**Paziente:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ luogo \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ nascita \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ (Kg) \_\_\_\_\_  
 Residenza \_\_\_\_\_  
 Recapito \_\_\_\_\_ telefonico \_\_\_\_\_

Indagine richiesta \_\_\_\_\_  
 Reparto/Medico richiedente l'esame RM \_\_\_\_\_

**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 RF. In alcuni tipi di indagine possono anche essere somministrate al paziente, per via endovenosa, alcune sostanze con proprietà paramagnetiche come mezzo di contrasto. Ad eccezione di tali casi, la RM si configura come un esame diagnostico non invasivo.

Nel caso di esami su donne in stato di gravidanza accertata o presunta, particolare attenzione è rivolta alla giustificazione, in particolare in regime di urgenza, e all'ottimizzazione dell'esame RM, nei confronti e tenendo conto sia della paziente che del nascituro. 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**

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 ad 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.

**Questionario preliminare**

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi. La controfirma del paziente a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce, fra le altre, anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte falsi o mendaci ai quesiti sottopostigli.

	SI	NO
Ha eseguito in precedenza esami RM?		
Ha avuto reazioni allergiche dopo somministrazione del mezzo di contrasto?		
Soffre di claustrofobia?		
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?		
Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia?		
È stato vittima di traumi da esplosioni?		
Ultime mestruazioni avvenute il: _____		
Ha subito interventi chirurgici su:		

- testa		
- collo		
- addome		
- torace		
- estremità		
- altro: _____		
È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?		
È portatore di:		
- Pace-maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci?		
- Schegge o frammenti metallici?		
- Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?		
- Valvole cardiache?		
- Stents?		
- Defibrillatori impiantati?		
- Distrattori della colonna vertebrale?		
- Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?		
- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito?		
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?		
- Atri tipi di stimolatori?		
- Corpi intrauterini?		
- Derivazione spinale o ventricolare?		
- Protesi del cristallino?		
- Protesi dentarie fisse o mobili?		
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.?		
- Altre protesi? Localizzazione: _____		
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? Informazioni _____ supplementari: _____		
È affetto da anemia falciforme?		
È _____ portatore _____ di _____ piercing? _____ Localizzazione: _____		
Presenta tatuaggi? Localizzazione: _____		
Sta utilizzando cerotti medicali?		

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, telefoni cellulari, 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 e lacca per capelli.

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari autorizza l'esecuzione dell'indagine RM.

Data \_\_\_\_\_

Firma del medico

### 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 (\*)

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