

MODULO DI CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI RNM
COMPILARE A CURA DEL MEDICO PRESCRIVENTE

PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____

Peso (kg) _____ sesso M F

QUESITO CLINICO : _____

Portare con sè esami o visite precedenti che siano attinenti con l'esame di RNM in relazione al cenno clinico.

MODULO INFORMATIVO 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 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.

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**, per la possibile vulnerabilità del feto ad insulti termici connessi alle radiofrequenze. Ovviamente l'esame RNM andrà eseguito nei casi di effettiva necessità, valutati da medici specialistici e/o dal medico Responsabile dell'attività di RNM

Esecuzione dell'esame RM:

I pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono **compilare un apposito "questionario anamnestico" e "modulo di consenso informato"** al fine di escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

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, cinture/ magliette/pantaloni/indumenti con componenti metalliche etc),
- (3) togliere eventuali protesi dentarie mobili e apparecchi per l'udito,
- (4) togliere lenti a contatto o occhiali,
- (5) indossare l'apposito camice fornito dal personale di servizio su richiesta,
- (6) utilizzare gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio su richiesta.

Per procedere all'esame sarà fatto/a coricare su apposito lettino che verrà introdotto all'interno dell'apparecchiatura. L'esame non comporta dolore, ma può essere disagiata per il rumore prodotto dall'apparecchio. Durante la fase di acquisizione delle immagini RM, infatti, sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio. La durata dell'esame RM può variare dai 20 agli 80 minuti a seconda dell'esame richiesto. Per ottenere la migliore qualità delle immagini e non compromettere il risultato diagnostico, **durante tutto l'esame** è necessario mantenere il massimo grado di **immobilità, respirando regolarmente, oppure mantenendo l'apnea quando espressamente richiesto dal tecnico operatore.**

Talora possono verificarsi episodi di **claustrofobia**. In questo caso l'esame RM può essere interrotto.

Se pensa di poter avere problemi di questo tipo, è pregata di segnalarlo al personale della Risonanza Magnetica prima di sottoporsi all'esame.

Lo studio RM può richiedere **l'iniezione endovena di una sostanza (mezzo di contrasto paramagnetico)** che consente di riconoscere lesioni altrimenti non visibili e di definirne il grado di estensione.

Nella sala comando 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 vigilano per tutta la durata dell'esame. In caso di insorgenza di disturbi come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento è opportuno che il paziente avverta gli operatori utilizzando l'apposito dispositivo di segnalazione.

FIRMA DEL PAZIENTE

Data _____