MODULO DI ANAMNESI E CONSENSO INFORMATO PER ESAME DI RISONANZA MAGNETICA Peso kg.....	Etichetta identificativa

Questionario somministrato da _____
(Indicare Nome, Cognome e qualifica professionale del membro dell'EQUIPE RM)

Indagine richiesta: _____

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. Durante la gravidanza l'esame non è controindicato, è comunque sconsigliato nelle prime 12 settimane, se non assolutamente indispensabile e urgente. 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, durante gli esami contrastografici, garantisce sempre la presenza del medico anestesista, 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 Prescrittore e del Medico Responsabile della prestazione diagnostica (MRP), 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 o occhiali;
- si spogli, e successivamente indossi, qualora previsto, l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio;
- utilizzi la cuffia o gli appositi tappi auricolari fornitigli.

La durata media dell'esame RM varia da 12 a 40 minuti in base al tipo d'esame 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 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. Tale questionario deve essere attentamente compilato dal Paziente con l'aiuto dell'equipe RM 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 – fra le altre, anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte falsi o mendaci ai quesiti sottopostigli.

1) Ha eseguito in precedenza esami RM? _____ SI ☐ NO ☐
   Se si, in che data ed in quale struttura _____
2) Soffre di claustrofobia? _____ SI ☐ NO ☐
3) È portatore di pacemaker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? _____ SI ☐ NO ☐
4) È portatore di Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? * _____ SI ☐ NO ☐
5) È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? _____ SI ☐ NO ☐
6) Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? _____ SI ☐ NO ☐
7) Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? _____ SI ☐ NO ☐
8) È stato vittima di traumi da esplosioni? _____ SI ☐ NO ☐
9) È portatore di schegge o frammenti metallici? _____ SI ☐ NO ☐
10) E' in stato di gravidanza? _____ SI ☐ NO ☐
11) Ha subito interventi chirurgici su:
    - O testa
    - O collo
    - O addome
    - O estremità
    - O torace
    - O altro _____
12) Valvole cardiache? * _____ SI ☐ NO ☐
13) Stents? * _____ SI ☐ NO ☐
14) Defibrillatori impiantati? * _____ SI ☐ NO ☐
15) Distrattori della colonna vertebrale? * _____ SI ☐ NO ☐
16) Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? _____ SI ☐ NO ☐
17) Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? * _____ SI ☐ NO ☐
18) Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? * _____ SI ☐ NO ☐

19) Atri tipi di stimolatori? _____ SI ☐ NO ☐

20) Corpi intrauterini? * _____ SI ☐ NO ☐

21) Derivazione spinale o ventricolare? * _____ SI ☐ NO ☐

22) Protesi dentarie fisse o mobili? _____ SI ☐ NO ☐

23) Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.), viti, chiodi, filo, ecc.? * _____ SI ☐ NO ☐

24) Altre protesi? Localizzazione _____ SI ☐ NO ☐

25) Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? _____ SI ☐ NO ☐

26) Informazioni supplementari _____

27) È affetto da anemia falciforme? _____ SI ☐ NO ☐

28) È portatore di protesi del cristallino (per intervento cataratta)? * _____ SI ☐ NO ☐

29) È portatore di piercing? Localizzazione _____ SI ☐ NO ☐

30) Presenta tatuaggi? Localizzazione _____ SI ☐ NO ☐

31) Sta utilizzando cerotti medicali? _____ SI ☐ NO ☐

*In caso di risposta affermativa, prima dell'esecuzione dell'esame, accertarsi con il medico prescrittore che il dispositivo sia RMN-compatibile, con allegata documentazione.

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 espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari autorizza l'esecuzione dell'indagine RM

Firma del Medico ..... Data .....

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.

Firma del paziente ..... Data .....
(in caso di paziente minorenne è necessaria la firma di un genitore o di chi ne fa le veci)

firma e timbro del Radiologo _____

Sistema Sanitario Regione Lombardia
Sede Legale: Brescia, via Crocifissa di Rosa, 3 - Partita IVA 00303450175 – Cap.Soc. € 104.000 www.villagemma.it

ETICHETTA IDENTIFICATIVA

Il presente consenso non riporta la firma del paziente a causa di:	
◻ **procedura in stato di necessità** (paziente sedato, incosciente, situazione di urgenza/emergenza, assenza di tutore/legale, rappresentante, ecc.) **Motivazione** _____ _____	Data _____ **Timbro e firma del medico**
◻ **impossibilità del paziente a firmare** (paziente con fratture, analfabeta, tetraplegico, ecc.) **Motivazione** _____ _____ _____ _____	Data _____ **Timbro e firma del medico** Il testimone garantisce che il paziente dà liberamente il proprio consenso informato **Nome/Cognome e firma del Testimone** **Ruolo** _____

Sistema Sanitario Regione Lombardia
Sede Legale: Brescia, via Crocifissa di Rosa, 3 - Partita IVA 00303450175 – Cap.Soc. € 104.000 www.villagemma.it