

SINTESI INFORMATIVA

CHE COSA È?

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La RM utilizza campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radiofrequenza (RF), simili alle onde radiotelevisive. La RM 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. **Tuttavia 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.

A COSA SERVE?

E' utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche di encefalo, colonna vertebrale, addome, pelvi, grossi vasi e sistema muscolo-scheletrico (articolazioni, osso, tessuti molli).

COME SI EFFETTUA? L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene sdraiato su un lettino e in relazione all'organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc) sagomate così da adattarsi alla regione anatomica da studiare, queste non provocano dolore o fastidio essendo appoggiate all'esterno del corpo, ad 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.

IL MEZZO DI CONTRASTO (Gadolinio)

La somministrazione del mezzo di contrasto per via endovenosa è parte integrante dell'esame 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).* L'impiego del Gadolinio nelle donne in gravidanza richiede la valutazione del rapporto rischio/beneficio (Xagena 2003) Fonte: (University of California San Francisco), quindi l'eventuale stato di gravidanza deve essere preventivamente comunicato al Medico Responsabile dell'esame RM.

A tal proposito si informa che i mezzi di contrasto Gd-chelati, a basso dosaggio, non creano problemi.

E' opportuno comunicare anche l'eventuale fase di allattamento del proprio figlio sebbene, secondo le ultime linee guida (*Documento intersocietario SIRM SIP SIN "Raccomandazioni per la donna che allatta sottoposta a esami radiologici con l'impiego di MDC endovascolare" del 2020*), l'allattamento al seno può essere continuato.

Ogni eventuale chiarimento in merito all'esecuzione dell'esame RM con mezzo di contrasto può essere richiesto al personale dell'Unità Operativa.

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 mediante un dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano.

I **pazienti**, prima di essere sottoposti all'esame RM, **devono collaborare con il Medico (Responsabile della Prestazione Diagnostica)** al fine di una corretta compilazione di un apposito "questionario anamnestico" (di seguito riportato) utile ad escludere ogni possibile controindicazione.

Raccomandazioni generali per esami programmati (non eseguiti in emergenza):

- Il digiuno da cibi solidi non è necessario; va eventualmente osservato solo per alcuni protocolli di esami (per esempio studi di cuore e addome) come esplicitato nell' informativa e modulistica relativa alla loro preparazione;
- continuare l'assunzione di eventuali farmaci (salvo diversa indicazione da parte del Medico curante) e la normale assunzione di acqua (è importante essere ben idratati);
- portare in visione la documentazione clinica precedente, incluse le immagini radiologiche;
- si rammenta che alcuni valori degli esami emato-chimici nelle 24 ore dopo l'esame potrebbero essere alterati.
- per effettuare l'esame RM **occorre togliere:**
 - lenti a contatto
 - apparecchi per l'udito



**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA
RISONANZA MAGNETICA**
(Informativa, questionari e modulo di consenso)

Rev.0.2

10/08/2023

Pagina 2 di 6

- dentiera (protesi dentarie)
- 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
- pinzette metalliche
- punti metallici
- limette
- forbici
- altri eventuali oggetti metallici
- cellulare

Depositare nello spogliatoio o negli appositi armadietti **ogni oggetto metallico**, ferromagnetico o di supporto magnetico.

• Al momento dell'esame:

- spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio,
- utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio
- evitare di truccare il viso e utilizzare la lacca per capelli poiché possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini; nel caso, prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente oppure mantenendo l'apnea quando espressamente richiesto dal personale sanitario.

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso. Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate ai sensi del **Regolamento UE 2016/679 del DLgs 196/2003 e smi** concernenti la "protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali".

La preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data _____

Firma _____



QUESTIONARIO ANAMNESTICO ESAME di RISONANZA MAGNETICA

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere attentamente compilato.

COGNOME..... NOME.....

DATA E LUOGO DI NASCITA..... PESO(KG.)..... RECAPITO TEL.....

INDAGINE RICHIESTA..... REPARTO.....

Ha eseguito in precedenza esami RM?

- Soffre di claustrofobia? SI NO
- Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere? SI NO
- Ha mai subito incidenti stradali, incidenti di caccia? SI NO
- E' stato vittima di traumi da esplosioni? SI NO
- E' in stato di gravidanza certa o presunta? SI NO
- Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? SI NO
- Ha subito interventi chirurgici su: SI NO

TestaAddome.....Collo.....
Estremità.....Torace.....Occhi.....Altro.....
.....

- E' a conoscenza di avere dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? SI NO
- E' portatore di:
 - PaceMaker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? SI NO
 - Schegge o frammenti metallici? SI NO
 - Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? SI NO
 - Valvole cardiache? SI NO
 - Stents? SI NO
 - Defibrillatori impiantati? SI NO
 - Distrattori della colonna vertebrale? SI NO
 - Pompa di infusione per insulina o altri farmaci? SI NO
 - Corpi metallici nelle orecchie o impianti per udito? SI NO
 - Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali? SI NO
 - **Altri tipi di stimolatori?** SI NO
 - Dispositivo intrauterino (IUD)? SI NO
 - Derivazione spinale o ventricolare? SI NO
 - Protesi dentarie fisse o mobili? SI NO
 - Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi, etc), viti, chiodi, filo, etc...? SI NO
 - Altre protesi? SI NO

Localizzazione

- Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe non esserne a conoscenza? SI NO
- E' portatore di protesi del cristallino? SI NO
- E' portatore di piercing? SI NO Localizzazione
- Presenta tatuaggi? SI NO Localizzazione.....
- Sta utilizzando cerotti medicali? SI NO

IL MEDICO RESPONSABILE 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 Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM

Data



**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA
RISONANZA MAGNETICA**
(Informativa, questionari e modulo di consenso)

Rev.0.2

10/08/2023

Pagina 4 di 6

**INFORMAZIONI NECESSARIE PER ESAMI CON INIEZIONE INTRAVASCOLARE DI MEZZO DI CONTRASTO
A BASE DI GADOLINIO (esecuzione RM)**

Cognome Nome data di nascita/...../..... peso

ANAMNESI POSITIVA PER -precedenti reazioni avverse a mezzi di contrasto a base di Gadolinio SÌ NO
se ha risposto SI descrivere il tipo di reazione ed eventuale terapia, se possibile allegare eventuale documentazione:

- anafilassi idiopatica
- mastocitosi
- angioedema ricorrente in atto
- orticaria in atto
- asma bronchiale non controllato da terapia, ovvero nelle ultime 4 settimane ha avuto:

- sintomi più di 2 volte/settimana? SÌ NO
- ogni notte si sveglia per l'asma? SÌ NO
- ha utilizzato il salbutamolo (Ventolin/Broncovaleas) più di 2 volte/sett? SÌ NO
- ha avuto limitazioni dell'attività a causa dell'asma? SÌ NO

Se ha selezionato una delle patologie o ha risposto SÌ ad una delle domande, la possibilità di eseguire l'esame sarà definibile solo in Radiologia e pertanto potrà essere rimandato in attesa di una consulenza dello Specialista allergologo o di una valutazione del Medico curante o dello Specialista di riferimento.

Si rammenta che secondo le Linee guida di riferimento ESUR (10.0) la premedicazione non è raccomandata.

E' SOTTOPOSTO A EMODIALISI SÌ NO

Se SÌ, specificare in quali giornate:.....

Secondo le Linee guida ESUR 10.0 non è necessario il dosaggio della creatininemia, fatta eccezione per lo studio della patologia del fegato e delle vie biliari con mezzo di contrasto a parziale escrezione biliare.

In questo caso è obbligatorio, al momento dell'esecuzione dell'indagine radiologica, presentare il referto del dosaggio della **creatininemia** eseguito in data **non antecedente a 3 mesi**.

Data _____

Firma del Medico Radiologo _____

Le indicazioni fornite sul presente modulo fanno riferimento a linee guida internazionali (ESUR 10.0 -2018) e sono redatte dalla società italiana di Radiologia medica (Sirm)



**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA
RISONANZA MAGNETICA**
(Informativa, questionari e modulo di consenso)

Rev.0.2

10/08/2023

Pagina 5 di 6

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ Codice Fiscale _____

In caso di minore indicare le generalità del secondo genitore

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ Codice Fiscale _____

(1) in qualità di paziente

(2) in qualità di esercente/i la potestà sul minore:

(3) in qualità di tutore*/amministratore*/fiduciario:

(*ALLEGARE COPIA DEL PROVVEDIMENTO DEL GIUDICE)

paziente _____ nato/a _____ il _____

Informato/a dal Dott. _____ matricola _____

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire: _____

Sito e Lateralità: _____

Si procede ad effettuare l'atto terapeutico e/o diagnostico invocando lo stato di necessità, in quanto il/la paziente è impossibilitato/a ad esprimere il consenso, ovvero in assenza di chi possa legalmente esprimerlo.

Data ___/___/___ ora ___

Firma e timbro del Medico _____

CONSENSO ALTRATTAMENTO DELLE INFORMAZIONI CLINICHE E DELLE IMMAGINI IN FORMA ANONIMIZZATA

Consenso al trattamento delle informazioni cliniche e delle immagini RM in forma anonimizzata per finalità di ricerca scientifica ed epidemiologica e per la messa a punto di strumenti informatici di supporto alla diagnosi e terapia: **Consento il trattamento** **Non consento il trattamento**

Firma del paziente _____

Firma del 1° genitore/rappresentante legale _____

Firma del 2° genitore _____

DICHIARA

NOTA ALLERGIA A FARMACI NO SI specificare quali _____

NOTA ALLERGIA AL MEZZO DI CONTRASTO PARAMEGNETICO NO SI

in caso di paziente donna DICHIARA

DI NON ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA

DI ESSERE IN STATO DI GRAVIDANZA

ESPRIME DUBBIO



**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA
RISONANZA MAGNETICA**
(Informativa, questionari e modulo di consenso)

Rev.0.2

10/08/2023

Pagina 6 di 6

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
 - della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
 - dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita
 - dei rischi specifici in caso di gravidanza
 - dei possibili rischi in caso di rifiuto della procedura proposta
- presa visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto**
- valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

All'effettuazione dell'esame diagnostico

Esami di Laboratorio: **Valore di CREATININEMIA:** _____

Data _____ **Firma Medico** _____

Presenza di interprete: no si (nome e cognome) _____

Firma del paziente _____

Firma del 1° genitore/rappresentante legale _____

Firma del 2° genitore _____

REVOCA DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____

REVOCA

il proprio consenso alla procedura proposta: _____

Data ____/____/____ ora ____

Firma Paziente _____

Firma del 1° genitore/rappresentante legale _____

Firma del 2° genitore _____

Firma Medico _____ Matricola _____