



Azienda Ospedaliero-Universitaria
San Luigi Gonzaga
di Orbassano

S.C.D.U. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
Regione Gonzole, 10 – 10043 Orbassano (TO)
Dirigente F.F. : Prof. Andrea VELTRI
Tel. 011-902.6401 - Fax 011-902.6303
E-mail: radiologia@sanluigi.piemonte.it



CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA

(Data ultima revisione: 15/07/2012)

Gentile Signore/a,

Le è stata prescritta una **Risonanza Magnetica**. Questo esame viene effettuato senza l'impiego di raggi X o di sostanze radioattive (infatti vengono utilizzati un campo magnetico e segnali di radiofrequenza) e consente di studiare il capo, il tronco e gli arti (organi interni ed ossa).

ATTENZIONE

NON PUÒ essere sottoposto a questo esame se:

- è portatore di **PACE-MAKER** e di alcuni modelli di **PROTESI VALVOLARE cardiaca**;
- ha subito un **intervento neurochirurgico** con **posizionamento di CLIPS METALLICHE**;
- è portatore di una **POMPA PER INSULINA**;
- è portatore di **ELETTROSTIMOLATORI CEREBRALI O MIDOLLARI**;
- è in stato di **GRAVIDANZA**.

PUÒ essere sottoposto a questo esame senza alcun problema se:

- è portatore di una **PROTESI D'ANCA O DI GINOCCHIO**;
- è portatrice di **SPIRALE** (è consigliabile fare una visita ginecologica dopo l'esecuzione della Risonanza Magnetica);
- è portatore di **MANUFATTI ORTODONTICI** (che possono subire deformazioni), ma è necessario avvertire il personale del Servizio: la decisione sull'esecuzione dell'esame sarà intrapresa dopo accordi con lo Specialista odontoiatra che ha in cura il Paziente;
- ha la **febbre**, ma il Medico Radiologo, considerata attentamente la sua situazione clinica, potrebbe decidere di rimandare l'esecuzione dell'esame: infatti, nel corso di indagini particolarmente lunghe, la temperatura può aumentare fino a 1,5°C.

Per effettuare l'esame occorre:

- **togliere** lenti a contatto, occhiali, apparecchi per l'udito, protesi temporanee mobili, ecc...;
- **togliere** fermagli per capelli, gioielli, orologi, carte di credito o altre schede magnetiche, monete, chiavi, bottoni metallici, vestiti con lampo ed eventuali altri oggetti metallici.
- **asportare** cosmetici dal volto;
- **riporre** oggetti di valore e soldi nelle apposite cassette di sicurezza allocate negli spogliatoi.

COME SI SVOLGE L'INDAGINE?

Il Paziente sarà messo su un lettino mobile che entrerà attraverso l'apertura dell'apparecchio e rimarrà fermo durante l'esecuzione dell'esame; occorre una buona collaborazione nel mantenere l'immobilità per tutto il tempo, che non è del tutto preventivamente quantificabile (all'incirca compreso tra 15 e 45 minuti).

La particolare conformazione dell'apparecchio, un cilindro dentro il quale viene introdotto il lettino, può dare in alcuni Pazienti una sensazione di disagio, di solito facilmente controllabile; il Paziente è comunque in costante contatto con l'Operatore attraverso un interfono e può interrompere l'esame in qualunque istante. Al fine di una migliore definizione diagnostica **potrebbe rendersi necessaria la somministrazione endovenosa di un mezzo di contrasto** che, sia pure raramente, può causare complicanze di tipo allergico a carico di cute e mucose, solo in rarissimi casi sino a reazioni di tipo anafilattico o allo shock. Nei pazienti con anamnesi di allergia, si rende necessario effettuare una premedicazione

L'esame comincia quando il Paziente udirà un rumore ritmato; il Paziente non si deve muovere assolutamente anche quando il rumore cessa; è importantissimo restare immobili durante tutte le fasi dell'esame perché qualsiasi movimento altera le immagini rendendo impossibile la loro interpretazione.

QUESTIONARIO PER EVENTUALI CONTROINDICAZIONI ALL'ESAME

È portatore di pace-maker o altri tipi di cateteri cardiaci, pompe per infusione, neurostimolatori, elettrodi cerebrali e subdurali, derivazioni spinali o ventricolari, sistemi di perfusione impiantati?	SI	NO
È portatore di clips metalliche su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	SI	NO
È portatore di valvole cardiache o clips per interventi di by-pass coronarici?	SI	NO
È portatore di distrattori per la colonna vertebrale?	SI	NO
Ha subito interventi chirurgici?	Alla testa o al collo? Se sì, quali:.....	SI NO
	Al torace o all'addome? Se sì, quali:.....	SI NO
	Altri interventi chirurgici? Se sì, quali:.....	SI NO
Ha delle schegge metalliche sottocute oppure interne?	SI	NO
Ha mai subito incidenti stradali o di caccia?	SI	NO
È affetto da anemia falciforme?	SI	NO
È portatore di tatuaggi o piercing?	SI	NO
È portatore di protesi	Ortopediche?	SI NO
	Dentarie?	SI NO
	Acustiche?	SI NO
	Del cristallino?	SI NO
Se è DONNA:	È in stato di gravidanza?	SI NO
	È portatrice di spirale uterina?	SI NO
Soffre di CLAUSTROFOBIA (paura di restare in un ambiente chiuso)?	SI	NO
È allergico? (.....)	SI	NO
Quanto pesa? Kg		

CONSENSO

Io sottoscritto/a..... nato/a a il.....
(*genitore o tutore legale di

sono stato informato dal Dott. in data.....
che è stata posta l'indicazione all'esecuzione di una **RISONANZA MAGNETICA**.

A questo riguardo ho ricevuto e compreso le informazioni verbali e come da documentazione sopra riportata inerenti le **modalità di esecuzione** e, in caso di **eventuale somministrazione endovenosa di m.d.c.**, i benefici attesi dall'esame, le possibili complicanze ragionevolmente prevedibili, le alternative (dove ci siano) ed il diritto di rifiutare o sospendere in qualsiasi momento il trattamento e le conseguenze derivanti dalla scelta e quindi, **in piena coscienza, acconsento** all'esecuzione della prestazione sopra indicata.

Data.....

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale*)

Timbro e firma del Medico che richiede l'esame.....

Timbro e firma del Medico Radiologo/in formazione specialistica

I N T E R N I	<u>Per i Pazienti allergici RICOVERATI che hanno eseguito la premedicazione</u>
	Io sottoscritto/a, Medico Curante del/della Sig./Sig.ra....., dichiaro di aver effettuato la premedicazione secondo lo schema in mio possesso.
	Timbro e firma del Medico che richiede l'esame.....

E S T E R N I	<u>Per i Pazienti allergici NON RICOVERATI che hanno eseguito la premedicazione</u>
	Io sottoscritto/a..... dichiaro di aver effettuato la premedicazione secondo lo schema che mi è stato fornito.
	Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale*).....
	Timbro e firma del Medico Radiologo/in formazione specialistica.....

REVOCA CONSENSO

Io sottoscritto/a..... a partire dalle ore del giorno
revoco il consenso alla precitata procedura, consapevole delle conseguenze derivanti dalla mia scelta.

Firma del Paziente (o di chi esercita la potestà genitoriale e/o tutoriale*)

Timbro e firma del Medico Radiologo/in formazione specialistica