


<p>Sistema Socio Sanitario   Regione Lombardia  ASST Rhodense  PRC N. 13 – 11/2022  Modello 1</p>	<p><b>NOTA INFORMATIVA n. 115</b>  <b>RISONANZA MAGNETICA</b>  SC Radiologia -Diagnostica per Immagini</p>	<p>Etichetta paziente o cognome/nome/  data nascita</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
---	--	---

## RISONANZA MAGNETICA

### **1. Descrizione/Finalità della procedura**

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

La RM è utilizzata per la diagnosi di condizioni patologiche a carico dell'encefalo e della colonna vertebrale, dell'addome, pelvi, dei grossi vasi e del sistema muscolo-scheletrico (articolazioni, osso, tessuti molli).

### **2. Modalità di esecuzione**

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente è sdraiato su un lettino che si muove all'interno di un tunnel (gantry) di dimensioni variabili. In relazione al tipo di organo da studiare sono posizionate all'esterno del corpo le cosiddette "bobine" (fasce, casco, piastre, ecc.) sagomate in modo da adattarsi alla regione anatomica da studiare. Queste non provocano dolore o fastidio essendo appoggiate all'esterno del corpo, ad eccezione delle bobine endorettali che vengono però impiegate solo in esami particolari (studio della prostata o del retto).

Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile, anche molto forti, provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio; per questo motivo sono forniti al paziente dei tappi per orecchie.

La durata dell'esame è variabile (di solito tra 20 e 60 minuti).

Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa. Se l'indagine può prevederne l'utilizzo, è necessario leggere l'informativa e firmare l'apposito modulo (NI n. 116).

### **3. Prescrizioni/Preparazione necessaria/Raccomandazioni**

Prima di essere sottoposti all'esame RM, è necessario compilare il questionario anamnestico allegato al consenso al fine di escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso.

È necessario portare con se tutta la documentazione clinica e gli esami effettuati precedentemente


Prima dell'esecuzione dell'esame:

- Asportare eventuale trucco per il viso e lacca per capelli in quanto possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini;
- Togliere lenti a contatto o occhiali;
- Togliere eventuali protesi dentarie, corone temporanee mobili, cinto erniario e apparecchi per l'udito;
- 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, ecc.),
- Togliere gli indumenti ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio;
- Utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio.

Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.

Non interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

Si raccomandano il digiuno (6 ore) in caso di colangio-RM e la vescica piena negli studi della pelvi femminile.

<p>Sistema Socio Sanitario   Regione Lombardia  ASST Rhodense    PRC N. 13 – 11/2022  Modello 1</p>	<p style="text-align: center;"><b>NOTA INFORMATIVA n. 115</b>  <b>RISONANZA MAGNETICA</b>  SC Radiologia -Diagnostica per Immagini</p>	<p style="text-align: center;">Etichetta paziente o cognome/nome/  data nascita</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
---	--	---

#### 4. Rischi e complicanze/ Esiti temporanei o permanenti

La Risonanza Magnetica è 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.

*\*Controindicazioni all'esame che necessitano di valutazione da parte del Medico Radiologo: pazienti portatori di pace maker, defibrillatori o altri device cardiaci (\*\*)*

*\*\*Esistono device RM compatibili, che vanno messi in pausa o disattivati durante l'esame e riprogrammati successivamente, per cui l'esame va concordato prima, previo parere cardiologico e valutazione della documentazione fornita dal fabbricante del dispositivo (**contattare il reparto di radiologia ai recapiti indicati in informativa**).*

È prudente non effettuare l'esame RM nelle donne durante il primo trimestre di gravidanza.

Raramente possono insorgere disturbi lievi per lo più legati alla claustrofobia come calore, prurito, affanno, palpitazioni o sensazione di malessere. In questi casi sarà possibile avvertire gli operatori utilizzando un apposito dispositivo di segnalazione che avrà a portata di mano durante tutto l'esame.

Rispetto alle informazioni di cui sopra, sono presenti condizioni che possono modificare il decorso e l'esito della procedura:

NO  SI  \_\_\_\_\_

#### 5. Alternative

Esistono esami complementari non sostitutivi alla risonanza magnetica.

#### 6. Conseguenze in caso di rifiuto

Mancata diagnosi di patologia.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente (o del rappresentante legale) per presa visione

\_\_\_\_\_

#### CONTATTI UTILI:

- SC Radiologia P.O. Rho: tel. 02/99430.3979; mail: [SegRadr@asst-rhodense.it](mailto:SegRadr@asst-rhodense.it)
- SC Radiologia P.O. Garbagnate: tel. 02/99430.2219; mail: [SegreteriaRadg@asst-rhodense.it](mailto:SegreteriaRadg@asst-rhodense.it)

**INDAGINE RICHIESTA: RISONANZA MAGNETICA - QUESTIONARIO ANAMNESTICO**

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE	Spazio barecode
Cognome _____	
Nome _____	
Data di nascita _____	
Lingua parlata: Italiano: SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Altro: _____	
Peso (kg): _____	

	SI	NO
È portatore di pace-maker cardiaco, defibrillatori impiantati o altri tipi di <i>device</i> cardiaci? */**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di pompa sotto cute di infusione per insulina o altri farmaci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOTE: *Controindicazioni assolute all'esame che necessitano di valutazione da parte del Medico Radiologo **Esistono <i>device</i> RM compatibili, che vanno messi in pausa o disattivati durante l'esame e riprogrammati successivamente, per cui l'esame va concordato prima, previo parere cardiologico e valutazione della documentazione fornita dal fabbricante del dispositivo (contattare il reparto di radiologia ai recapiti indicati in informativa)		
	SI	NO
Soffre di claustrofobia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di schegge o altri frammenti metallici?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore o carrozziere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai subito incidenti stradali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai subito incidenti da caccia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È stato vittima di traumi da esplosione?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa di avere uno o più dispositivi medici all'interno del corpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha subito interventi chirurgici? Quali ed in che data: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di clip su aneurismi (vasi sanguigni)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di stent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di valvole cardiache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di distrattori della colonna vertebrale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri tipi di stimolatori? ( <i>indicare quali</i> ):		
È portatore di derivazione spinale o ventricolare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di protesi metalliche per pregresse fratture, interventi correttivi articolari (ad esempio: chiodi, viti, filo)? Se sì, precisare la localizzazione:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di protesi dentarie fisse o mobili?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di protesi del cristallino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre protesi? ( <i>indicare quali</i> ):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di dispositivi di contraccezione intra-uterini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di cerotti medicati?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È portatore di tatuaggi o piercing? Localizzazione:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha eseguito in precedenza esami RM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È in stato di gravidanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO DEL MEDICO

PARTE RISERVATA AL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM		BARCODE
<p>Preso atto delle risposte fornite dal paziente o dal tutore legale, ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari:</p>		
<input type="checkbox"/> AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE	<p>Data:</p> <p>____/____/____</p> <p>—</p>	<hr/> <hr/> <p>Matricola e firma del Medico responsabile dell'esecuzione dell'esame RM</p>
<input type="checkbox"/> AUTORIZZA SUBORDINATAMENTE A ULTERIORE VALUTAZIONE ( <i>indicare nello specifico</i> ): ..... ..... .....	<p>Data:</p> <p>____/____/____</p> <p>—</p>	<hr/> <hr/> <p>Matricola e firma del Medico responsabile dell'esecuzione dell'esame RM che richiede ulteriore valutazione</p>
<input type="checkbox"/> NON AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE per i seguenti motivi: ..... ..... .....	<p>Data:</p> <p>____/____/____</p> <p>—</p>	<hr/> <hr/> <p>Matricola e firma del Medico responsabile dell'esecuzione dell'esame RM</p>

U.O. \_\_\_\_\_ Presidio \_\_\_\_\_

Data...../...../.....

Paziente \_\_\_\_\_  
COGNOME NOME

Data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: ___/___/___
	COGNOME	NOME	
<input type="checkbox"/> Tutore legale (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: ___/___/___
	COGNOME	NOME	
<input type="checkbox"/> Genitori	_____	_____	Data di nascita: ___/___/___
	COGNOME	NOME	
	_____	_____	Data di nascita: ___/___/___
	COGNOME	NOME	

informato/i attraverso colloqui diretti con il Dr. \_\_\_\_\_,

relativamente a **RISONANZA MAGNETICA**

conseguente a \_\_\_\_\_ e in particolare dichiara/no:  
(DEFINIRE LA PATOLOGIA O IL SOSPETTO DIAGNOSTICO)

- di avere letto e compreso le informazioni contenute nella **NOTA INFORMATIVA** allegata che è stata consegnata e spiegata chiaramente;
  - di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento;
  - di essere stati messi al corrente:
1. delle modalità di effettuazione della procedura, delle diverse modalità/tecniche possibili e relativi vantaggi e rischi;
  2. dei risultati conseguibili in termini di probabilità di successo, di benefici e limitazioni per la vita futura;
  3. di condizioni morbose concomitanti che possono costituire fattore di rischio;
  4. delle conseguenze temporanee e permanenti prevedibili;
  5. di eventuali ricadute nell'ambito della vita familiare e sociale e sulle attività occupazionali;
  6. di possibili problemi di recupero dopo la procedura;
  7. di eventuali rischi e complicanze e della probabilità che avvengano e di come possano essere risolti;
  8. dell'eventuale possibilità di scelta fra cure diverse o diverse tecniche operatorie e i relativi vantaggi e rischi;
  9. delle eventuali patologie che con maggior probabilità potranno essere scoperte nel corso della procedura al fine di acquisire il Consenso Informato per il trattamento di esse;
  10. delle possibili conseguenze derivanti dal rifiuto dell'atto sanitario.

Dichiara/no pertanto di  **ACCETTARE, E DI NON AVERE ULTERIORI DOMANDE DA PORRE,**  **NON ACCETTARE**

di sottoporsi/sottoporre il proprio figlio/a beneficiato/a rappresentato/a sopraindicato all'intervento proposto.

Si impegna/no infine a eseguire i controlli necessari che verranno proposti e attenersi alle indicazioni che verranno fornite.

FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO DEL MEDICO

FIRMA DEL PAZIENTE  
GENITORI/TUTORE /RAPPRESENTANTE LEGALE

FIRMA DELL'INTERPRETE SCELTO  
(LEGGIBILE)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventuale **revoca** : data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma Medico \_\_\_\_\_