



INFORMATIVA E CONSENSO PER L'ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il _____ Peso (kg) _____
Residenza _____ Recapito Tel. _____
Indagine richiesta _____ Provenienza: _____
(ASL, solvente, reparto, ente)

Nota informativa relativa all'esame Risonanza Magnetica

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 radiofrequenza (RF). In alcuni tipi di indagini possono anche essere somministrate al paziente, per via endovenosa, alcune sostanze con proprietà paramagnetiche come mezzo di contrasto. Ad eccezione di tali casi la Risonanza Magnetica si configura come un esame diagnostico non invasivo. L'esame RM, 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. 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 garantisce sempre la presenza di personale medico specializzato pronto ad intervenire in caso di emergenze mediche di tale genere.

Esecuzione dell'esame Risonanza Magnetica

I pazienti possono essere sottoposti all'esame RM solo previa esclusione di ogni possibile controindicazione all'esame RM e compilazione dell'apposito "questionario anamnestico" e "modulo di consenso informato". 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, etc.), (3) togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito, (4) togliere lenti a contatto o occhiali, (5) spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio, (6) utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio. La durata media dell'esame RM è di circa 30 minuti. 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 comfort 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 indagini 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 e visivo 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 utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione, il personale sanitario del Servizio di Diagnostica per Immagini.

Istituti Clinici Zucchi S.p.A.

Sistema di Gestione Integrato: SGQ – UNI EN ISO 9001:2015 e SGSSL – UNI ISO 45001:2018 certificati da Certiquality – Iqnet

Via Zucchi 24 – 20900 Monza (MB) | Tel. +39 039/8383.1 (20 linee) | dirgen.zucchi@grupposandonato.it | PEC: dirgen.zucchi@pec.grupposandonato.it
Reg. Imp. Monza e Brianza e C.F. 00854080157 – P.IVA 00697570968 – R.E.A. 51538 | Capitale sociale € 1.922.000 i.v.

PRESIDIO DI MONZA

Via Zucchi 24 – 20900 Monza (MB)
Tel. +39 039.83831 – Fax 039.364886

PRESIDIO DI CARATE BRIANZA

Piazza Madonna 1 – 20841 Carate Brianza (MB)
Tel. +39 0362.9861 – Fax 0362.991438

POLIAMBULATORIO DI BRUGHERIO

Via Tre Re 37 – 20861 Brugherio (MB)
Tel. +39 039.884177 – Fax 039.884823

MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____

perfettamente in grado di intendere e di volere dichiara di:

Essere stato/a esaurientemente informato/a circa l'indicazione clinica, l'utilità, le modalità di esecuzione, tutte le possibili reazioni avverse e i fattori di rischio degli accertamenti clinici e diagnostici mediante RM a cui sarà sottoposto.

Il/La sottoscritto/a in particolare prende atto che:

- L'esame RM in pazienti di sesso femminile durante i primi tre mesi di gravidanza è sconsigliato tranne nei casi di effettiva e improrogabile necessità.
- 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. Il mezzo di contrasto non deve essere somministrato alle donne in stato di gravidanza, quindi l'eventuale stato di gravidanza deve essere preventivamente comunicato al Medico Responsabile dell'esame RM. È opportuno comunicare anche l'eventuale fase di allattamento del proprio figlio.
- La somministrazione del mezzo di contrasto può comportare alcuni lievi effetti collaterali (sensazione di calore, rossore, nausea, vomito, cefalea, eruzioni cutanee, prurito) che si risolvono spontaneamente o con una leggera terapia endovenosa.
- L'impiego del mezzo di contrasto, in casi rarissimi e con un'incidenza non prevedibile e quantificabile ma comunque molto bassa, può comportare reazioni come shock anafilattico. È necessario perciò comunicare al Medico Responsabile dell'esame ogni eventuale tipo di allergia prima dell'esame stesso.
- Un medico esperto nelle metodologie di diagnostica mediante Risonanza Magnetica è sempre presente durante l'esecuzione dell'esame RM ed un Medico Rianimatore è sempre immediatamente reperibile all'interno della struttura per garantire un pronto intervento in caso di emergenza.
- Ogni eventuale chiarimento in merito all'esecuzione dell'esame RM può essere richiesto al personale medico e paramedico di servizio presso il sito RM.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione con attenzione della Scheda Anamnestica e conferma il suo contenuto. SI NO

Il/La sottoscritto/a, informato/a sulle controindicazioni relative all'esame RM, acconsente all'esecuzione dell'esame. SI NO

Il/La sottoscritto/a, informato/a sui rischi connessi qualora l'esame RM richiedesse l'impiego del mezzo di contrasto, acconsente all'uso del mezzo di contrasto. SI NO

Cognome e Nome (in stampatello): del paziente; del tutore/amministratore di sostegno; dei genitori del paziente minorente esercenti la potestà genitoriale

Data _____ Firma del paziente/tutore/genitore _____ Firma dell'altro genitore _____

Data _____ Firma del minore (se ha compiuto il 14° anno di età) _____ Firma dell'interprete (se previsto) _____

IN CASO DI SOTTOSCRIZIONE DI UNO SOLO DEGLI ESERCENTI LA POTESTÀ GENITORIALE, CON LA PRESENTE SOTTOSCRIZIONE IL FIRMATARIO DICHIARA DI ESERCITARE CONGIUNTAMENTE LA POTESTÀ GENITORIALE, OVVERO DI ESSERE L'UNICO ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE ESONERANDO DA OGNI RESPONSABILITÀ LA STRUTTURA E I SUOI MEDICI PER OGNI ATTO CONSEGUENTE ALLA MENDACE AFFERMAZIONE ED ACCOLLANDESENE GLI ONERI. — IN CASO DI ESERCIZIO DELLA POTESTÀ GENITORIALE DISGIUNTO SARÀ INDISPENSABILE LA SOTTOSCRIZIONE DI ENTRAMBI GLI ESERCENTI LA POTESTÀ GENITORIALE OVVERO DI PROCURA NOTARILE DELL'ESERCENTE LA POTESTÀ GENITORIALE CHE NON SOTTOSCRIVE OVVERO DI DICHIARAZIONE CON LA QUALE SI ATTRIBUISCE LA FACOLTÀ DI SOTTOSCRIVERE IL CONSENSO ALL'ALTRO GENITORE MUNITA DI DICHIARAZIONE D'AUTENTICITÀ DELLA FIRMA. — SE IL MINORE HA PIÙ DI 14 ANNI OLTRE ALLA FIRMA DEI GENITORI (O DEL TUTORE) DEVE FIRMARE LO STESSO MINORE.

Data _____ Firma del Medico Responsabile dell'esame RM
che autorizza l'esecuzione dell'indagine RM

N.B. Portare sempre gli esami relativi a precedenti accertamenti eseguiti.

 Istituti Clinici Zucchi Gruppo San Donato	SCHEDA ANAMNESTICA PRELIMINARE RISONANZA MAGNETICA	Mod. UMCCCRD_4225 REV. 009 DEL 22/09/2021
	<input type="checkbox"/> Presidio di Monza <input type="checkbox"/> Presidio di Carate Brianza	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

COGNOME e NOME (o etichetta)		U.O.
DATA DI NASCITA	Anni compiuti	Telefono

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM. Tale questionario deve essere attentamente compilato prima di sottoporre il paziente all'esame RM e firmato dal Medico responsabile dell'esame. Risposte affermative ad uno o più quesiti possono comportare controindicazione anche assoluta all'esecuzione dell'esame RM.

• Per le donne in età fertile:

E' in stato di GRAVIDANZA? SI NO Potrebbe esserlo

Se SI, l'esame non può essere eseguito in data odierna.

In caso di dubbio, è necessario test di verifica.

Se NO, compilare la parte sottostante:

- Età fertile: ultimo ciclo mestruale dal giorno ___/___/___
- Menopausa dall'età di anni _____

Test gravidanza (_____)
Data ___/___/___
Risultato: <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG
Firma del Medico _____

- Soffre di claustrofobia? SI NO
- Ha lavorato o lavora come tornitore, saldatore, carrozziere? SI NO
- Ha subito incidenti stradali o di caccia? SI NO
- Ha subito traumi da esplosione? SI NO
- Precedenti interventi chirurgici:
 - Testa Collo Torace Cuore Addome Pelvi Arti Altro
 Specificare il tipo di intervento: _____

• E' portatore di:

- Clips su aneurismi o vasi sanguigni (es. aorta, cervello)? SI NO
- Pace-maker – defibrillatori? SI NO
- Loop Recorder o altri tipi di catetere cardiaco? SI NO
- Schegge o frammenti metallici? SI NO

Se SI, specificare in quale parte del corpo: _____

- Protesi valvolari cardiache? SI NO
- Dispositivi metallici inseriti sulla colonna vertebrale? SI NO
- Pompe di infusione per insulina o altri farmaci? SI NO
- Dispositivi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito? SI NO
- Neurostimolatori, elettrodi nel cervello o subdurali? SI NO
- Corpi intrauterini (spirale)? SI NO
- Protesi metalliche, viti, chiodi o fili metallici (per fratture ossee, correzioni articolari, ecc.)? SI NO

Se SI, specificare in quale parte del corpo: _____

- Protesi dentarie fisse? SI NO
- Protesi dentarie mobili? SI NO
- Protesi del cristallino? SI NO

Se SI, impianto avvenuto nell'anno: _____

PER EFFETTUARE L'INDAGINE OCCORRE:

- 1) togliere lenti a contatto, apparecchi per l'udito, dentiere, corone mobili, fasce o cinture sanitarie;
- 2) togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, carte di credito e altre schede magnetiche, coltelli tascabili, spille, vestiti con cerniere lampo, pinzette e punti metallici (es. applicati da lavanderie), limette, forbici e qualsiasi altro oggetto metallico;
- 3) asportare i cosmetici dal volto.
- 4) rimanere in slip, indossare camice, calzari e cuffia in dotazione

Prendo atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica

Il medico responsabile dell'esame RM (Firma)

Data ___/___/___

Dichiaro l'autenticità di tutte le informazioni sopra riportate

Il Cliente (Firma)

Data ___/___/___