

Corso G. Ferraris, 247/255
10134 Torino TO
Tel. 011 6184 222

www.osp-koelliker.it

REPARTO DI RISONANZA MAGNETICA

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.

Nel caso di esami su donne in stato di gravidanza accertata o presunta, particolare attenzione è rivolta alla giustificazione, in particolare in regime di urgenza, e all'ottimizzazione dell'esame RM, nei confronti e tenendo conto sia della paziente che del nascituro.

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 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 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 l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio;
- utilizzi la cuffia o gli appositi tappi auricolari fornitigli.

La durata media dell'esame RM è approssimativamente pari a 30 minuti, ma può variare in relazione a esigenze cliniche 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 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 il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM, utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione. È opportuno che le Pazienti con dispositivi contraccettivi intrauterini (spiralì o IUD) ne verifichino il corretto posizionamento dopo l'esame.

Sigla paziente

Questionario somministrato da _____

(Indicare Nome, Cognome e qualifica professionale del membro dell'EQUIPE RM)

Dati del paziente:

Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Peso (Kg) _____ Recapito Tel. _____

Residenza _____

Indagine richiesta _____

Reparto/Medico richiedente l'esame RM _____

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 dall'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.

- | | | |
|---|----|----|
| • HA ESEGUITO IN PRECEDENZA ESAMI RM? | SI | NO |
| • HA AVUTO REAZIONI ALLERGICHE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO? | SI | NO |
| • 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 |
| • È STATO VITTIMA DI TRAUMI DA ESPLOSIONE? | SI | NO |
| • ULTIME MESTRUAZIONI AVVENUTE..... | | |
| • HA SUBITO INTERVENTI CHIRURGICI SU TESTA O COLLO O ADDOME O ESTREMITÀ O TORACE O ALTRO? DESCRIZIONE | SI | NO |
| • E' A CONOSCENZA DI AVERE DISPOSITIVI MEDICI O CORPI METALLICI ALL'INTERNO DEL CORPO? | SI | NO |
| • È PORTATORE DI PACEMAKER O DEFIBRILLATORE CARDIACO O ALTRI DISPOSITIVI CARDIACI (LOOP RECORDER)? | SI | NO |

Sigla paziente

Cognome e nome paziente

- | | | |
|---|----|----|
| • È PORTATORE DI SCHEGGE O FRAMMENTI METALLICI? | SI | NO |
| • È PORTATORE DI CLIPS SU ANEURISMI (VASI SANGUIGNI), AORTA, CERVELLO? | SI | NO |
| • CLIPS METALLICHE DI ALTRO TIPO? | SI | NO |
| • VALVOLE CARDIACHE? | SI | NO |
| • STENTS? | SI | NO |
| • DEFIBRILLATORI IMPIANTATI? 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 |
| • DISPOSITIVI INTRAUTERINI (IUD, SPIRALE)? | SI | NO |
| • DERIVAZIONE SPINALE O VENTRICOLARE O VENTRICOLOPERITONEALE (DVP)? | SI | NO |
| • PROTESI DENTARIE FISSE O MOBILI? | SI | NO |
| • PROTESI METALLICHE (PER PREGRESSE FRATTURE, INTERVENTI CORRETTIVI ARTICOLARI, ETC.), VITI, CHIODI, FILO ECC.? | SI | NO |
| • ALTRE PROTESI (MAMMARIE, ESPANSORE MAMMARIO, PENIENE ECC.)? | SI | NO |
| RITIENE DI AVERE NEL CORPO PROTESI/APPARECCHI O CORPI METALLICI DI CUI POTREBBE NON ESSERE A CONOSCENZA? INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI : | SI | NO |
| | | |
| • È AFFETTO DA ANEMIA FALCIFORME? | SI | NO |
| • È PORTATORE DI PROTESI DEL CRISTALLINO? | SI | NO |
| • È PORTATORE DI PIERCING? LOCALIZZAZIONE | SI | NO |
| • È PORTATORE DI TATUAGGI? LOCALIZZAZIONE | SI | NO |
| • STA UTILIZZANDO CEROTTI MEDICALI? | SI | NO |
| • VIDEOCAPSULA PER ESAMI INTESTINO (PILLCAM®)? | SI | NO |
| • È PORTATORE DI EXTENSION CIGLIA FINTE MAGNETICHE? | SI | NO |

Sigla paziente

Cognome e nome paziente

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 della Prestazione Diagnostica di 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.

Eventuale nominativo dell'interprete

Inserire nome cognome e data di nascita del dichiarante che sottoscrive il consenso in qualità di:

- esercente la potestà sul minore _____
- tutore del paziente _____

Firma del paziente _____ Data _____

Consenso informato alla somministrazione di mezzo di contrasto

Il paziente si ritiene sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati, ne acconsente la somministrazione.

Firma del paziente _____ Data _____

Sigla paziente