



**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della Provincia di Padova**

**SCHEMA INFORMATIVA E DI CONSENSO  
ALL'ESAME CON RISONANZA MAGNETICA**

Sig.....

**INFORMAZIONI  
PER L'UTENTE CHE EFFETTUA UNA RISONANZA MAGNETICA (RM)**

*Gentile utente,*

*prima di sottoporsi all'esame di RM, Le consigliamo di leggere le seguenti note che potranno aiutarla ad effettuare con maggior sicurezza e serenità questo esame.*

L'indagine di Risonanza utilizza un **campo magnetico intenso** e onde elettromagnetiche a radiofrequenza.

L'elevata intensità del campo magnetico esercita, come una potente calamità, una forte attrazione su materiali ferromagnetici di cui Lei può essere portatore (come per esempio schegge o punti di sutura metallici), con conseguente possibilità di creare effetti indesiderati. L'attenta **compilazione del questionario** che ha ricevuto, garantisce la prevenzione di tali possibili evenienze.

E' prudente escludere dalla RM le gestanti, in particolare nel primo trimestre di gravidanza, anche se non è stata comprovata la sensibilità dell'embrione ai campi magnetici e di radiofrequenza utilizzati per tali indagini.

L'indagine di RM può richiedere un tempo variabile da **30 a 60** minuti, durante i quali Le chiediamo di mantenere **l'assoluta immobilità**. Movimenti anche piccoli possono infatti seriamente danneggiare la qualità dell'esame.

Durante l'esame la macchina provocherà un **rumore ritmico** causato dal normale funzionamento dell'apparecchiatura.

Per lo studio di alcuni organi od apparati può essere indicato e necessario l'uso di sostanze paramagnetiche - il cosiddetto **mezzo di contrasto** - che Le verrà iniettato per via endovenosa.

*A riguardo La informiamo che 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) nei pazienti con insufficienza renale possono provocare una rara complicanza, la fibrosi nefrogenica sistemica che può causare grave invalidità ed eccezionalmente essere anche mortale.*

**In caso di necessità** e in qualsiasi momento, Lei potrà comunicare con gli operatori sanitari presenti in sala comando: il microfono collocato all'interno dell'abitacolo è costantemente attivato. In qualsiasi momento l'esame può essere sospeso senza conseguenze dannose.

**Le raccomandiamo infine di:**

asportare dal volto eventuali cosmetici; lasciare nello spogliatoio tutti gli oggetti metallici (fermagli per capelli, forcine, mollette, occhiali, fibbie, orologio, chiavi, orecchini mobili, catenine, ecc.), i tesserini magnetici, le cartelle di credito; togliere eventuali apparecchi per udito, dentiere mobili, cinta sanitaria, lenti a contatto; indossare solamente il camice ospedaliero che troverà nello spogliatoio, **esibire la documentazione clinica, radiologica e strumentale relativa ad accertamenti precedentemente eseguiti.**

**Tuttavia:**

in alcuni casi l'esame può provocare importanti effetti indesiderati e non può quindi essere eseguito (gruppo "A") in altri casi può essere eseguito tranquillamente ma solo dopo valutazione medica o con alcune avvertenze (gruppo "B") Pertanto, allo scopo di individuare eventuali situazione a rischio e garantire la più totale sicurezza è necessario compilare il questionario seguente.

**GRUPPO "A" (RM NON ESEGUIBILE)**

E' portatore di pace maker o defibrillatore interno.....	SI	NO
protesi cocleari (orecchio interno) .....	SI	NO
neurostimolatori o stimolanti di crescita ossea .....	SI	NO
protesi oculari magnetiche.....	SI	NO
frammenti metallici intraoculari .....	SI	NO
Soffre di anemia falciforme .....	SI	NO

**GRUPPO "B" (NECESSARIA VALUTAZIONE MEDICA O AVVERTENZE)**

E' portatore di clips vascolari cerebrali (aneurisma)* .....	SI	NO
protesi o viti ortopediche.....	SI	NO
protesi al cristallino.....	SI	NO
protesi otologiche (orecchio medio)* .....	SI	NO
espansori mammari .....	SI	NO
protesi valvolari cardiache* .....	SI	NO
protesi peniene*.....	SI	NO
impianti oculari (molle palpebrali, punti retinici)* .....	SI	NO
punti metallici da pregresso intervento .....	SI	NO
schegge metalliche, proiettili .....	SI	NO
cateteri di derivazione spinale o ventricolare* .....	SI	NO
cateteri di Swan-Ganz .....	SI	NO
filtri vascolari, stent .....	SI	NO
spirale intrauterina (IUD) .....	SI	NO
diaframma contraccettivo*.....	SI	NO
tatuaggi estesi .....	SI	NO
soffre di claustrofobia .....	SI	NO
insufficienza renale medio grave.....	SI	NO
pompe impiantabili per infusione di farmaci non RM *compatibili ...	SI	NO
E' in gravidanza o presume di esserlo.....	SI	NO
Δ Insufficienza renale medico grave .....	SI	NO
Δ Soffre di asma o allergie (farmaci, mezzi di contrasto etc) .....	SI	NO

**N.B.**

\* = In caso di risposta affermativa è necessario fornire documentazione di compatibilità magnetica da parte di struttura che ha effettuato l'intervento;

Δ= Solo nel caso di utilizzo di mezzo di contrasto

**A CURA DEL PAZIENTE:**

Dichiaro di avere risposto con precisione alle domande sopra elencate.

Dichiaro anche di essere stato adeguatamente informato sulla indagine che devo effettuare ed esprimo a tal fine il mio consenso.

Data ..... FIRMA .....

.....

**A CURA DEL MEDICO CURANTE:**

In base ai dati anamnestici forniti dal paziente ed ai dati clinici attualmente in mio possesso non si rilevano discrepanze rispetto a quanto dichiarato dal

Sig.....

Data ..... FIRMA.....

.....

**A CURA DEL RADIOLOGO:**

In base ai dati forniti si dichiara idoneo all'esecuzione dell'esame.

Data ..... FIRMA.....

.....