

## ESAME DI RISONANZA MAGNETICA - SCHEDA INFORMATIVA PER I PAZIENTI

|                              |           |
|------------------------------|-----------|
| Data.....                    |           |
| Cognome.....                 | Nome..... |
| Luogo e data di nascita..... |           |
| Motivo dell'indagine.....    |           |
| Esame richiesto.....         |           |

Gentile Signore/a,

l'esame cui Lei verrà sottoposto/a viene effettuato senza l'impiego di raggi X. Vengono utilizzati solamente un forte campo magnetico ed onde a radiofrequenza del tutto analoghe a quelle delle trasmissioni radiotelevisive. L'esame che Lei effettuerà non è doloroso né fastidioso. Lei dovrà solo mantenere per un certo tempo il migliore grado possibile di immobilità sul lettino, per consentire informazioni diagnostiche della migliore qualità. Durante l'esame sentirà un rumore ritmico, che dipende dal normale funzionamento dell'apparecchiatura. Le condizioni di illuminazione e di ventilazione sono regolate per assicurare il massimo confort. La preghiamo quindi di restare tranquillo/a durante tutta la durata dell'esame che può ampiamente variare secondo il tipo di indagine necessaria. Nella stessa sala diagnostica è comunque sempre presente il nostro personale, a Sua disposizione per qualsiasi necessità.

### **RISCHI E CONTROINDICAZIONI DELL'ESAME RM**

Tutti gli studi svolti finora indicano che l'esame RM non produce effetti nocivi sul corpo umano.

***Nei seguenti casi l'esame è pericoloso e NON può essere eseguito:***

- Se si è portatori di pace-maker cardiaco;
- Se si è portatori di clips metalliche, punti di sutura metallici o dispositivi metallici introdotti per interventi chirurgici alla testa, al midollo, alla spina dorsale, al cuore, alle arterie o alle vene, salvo il caso di materiali sicuramente amagnetici;

***In altri casi l'esame può comportare dei rischi. E' necessario che il paziente avverta il medico se:***

- E' in gravidanza nei primi 3 mesi di gestazione;
- E' affetto da claustrofobia, epilessia, anemia grave, malattia psichiatrica;
- Ha lavorato come tornitore, saldatore, carrozziere, addetto alla lavorazione di vernici metallizzate;
- Ha avuto incidenti di caccia o da esplosione;
- Ha subito interventi chirurgici alla testa, al cuore o ai grossi vasi;
- Ha subito interventi ortopedici con impianto di protesi metalliche, chiodi, viti, fili metallici;
- E' portatore di neurostimolatori, pompe di infusione per farmaci, protesi acustiche, protesi oculari, protesi dentarie mobili;
- E' portatrice di spirale o altro dispositivo intra-uterino;

### **EFFETTI COLLATERALI DELL'ESAME RM**

L'esame non provoca dolore tuttavia si possono sperimentare i seguenti effetti:

- Il riscaldamento di alcune parti del corpo, soprattutto nella zona intorno alla quale è posizionata la bobina a radiofrequenza e/o i cavi di connessione della bobina alla macchina. Tale riscaldamento può essere diffuso lungo tutta la zona coperta da bobina e/o cavi, ma anche localizzato in particolari punti. Il fenomeno è normale, tuttavia, se il paziente avverte un riscaldamento eccessivo, in qualunque zona del corpo, deve subito informare l'operatore.
- La contrazione involontaria o la sensazione di pulsazione in alcuni muscoli a livello di cosce, fianco, schiena, braccia, petto, costole, dita, naso, tempia, sommità del capo. Tali effetti sono causati dal fatto che il campo magnetico variabile generato dalla macchina durante l'esame può stimolare le cellule nervose del

## ESAME DI RISONANZA MAGNETICA - SCHEDA INFORMATIVA PER I PAZIENTI

paziente e quindi provocare contrazioni muscolari. Si raccomanda al paziente di avvertire l'operatore in caso di eccessivi disagi.

### **MEZZO DI CONTRASTO (se richiesto)**

Spesso l'esame richiede l'iniezione in vena di un mezzo di contrasto (MdC), ovvero una sostanza che aiuta nella diagnosi.

#### *Controindicazioni e precauzioni d'uso*

(situazioni nelle quali il MdC non deve essere somministrato o somministrato con particolare cautela)

- gravidanza;
- allattamento; anche se non esistono informazioni del tutto certe sembra che il mezzo di contrasto venga eliminato nel latte e pertanto è consigliabile sospendere l'allattamento per almeno 24 ore dopo l'esame;
- allergie (rinite, orticaria, allergia alimentare, allergia ai metalli, asma allergica, ipersensibilità ai mezzi di contrasto paramagnetici): deve essere effettuata apposita terapia prima dell'esame;
- gravi disfunzioni renali;

Si raccomanda vivamente di informare il personale del verificarsi di una delle situazioni sopraelencate.

#### *Effetti collaterali e reazioni avverse*

Il mezzo di contrasto può raramente provocare alcune reazioni avverse che vengono classificate come lievi (nausea, vomito, prurito) moderate (vomito profuso, orticaria diffusa, edema facciale, broncospasmo) e sono in genere risolte con semplici provvedimenti terapeutici. Rarissimamente, si possono verificare reazioni severe (shock ipotensivo, edema polmonare, arresto cardio-respiratorio) che in casi eccezionali possono provocare decesso.

**Per effettuare l'esame occorre togliere:** eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta sanitaria - 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 - pinzette metalliche - punti metallici (ad esempio applicati agli indumenti in tintoria) - limette - forbici - ed altri eventuali oggetti metallici;  
Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal volto.

## **PRESA VISIONE DELLE INFORMAZIONI E CONSENSO ALLA PRENOTAZIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara di aver preso visione delle informazioni relative all'esame di **risonanza magnetica** oggetto della prenotazione, comprese le indicazioni e le eventuali controindicazioni all'esecuzione dell'indagine e, ove previsto, alla somministrazione del mezzo di contrasto.

Dichiara, altresì, di essere consapevole che, prima dell'esecuzione dell'esame, gli verranno fornite dal personale sanitario le informazioni necessarie in merito alla procedura, agli eventuali rischi e alle possibili complicanze, nonché le ulteriori informazioni necessarie alla raccolta del **consenso informato all'esecuzione dell'indagine**, secondo le modalità adottate dal Centro.

☐ **Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sopra indicate e di voler procedere con la prenotazione dell'esame.**

.....

*Firma del paziente o del titolare del consenso*