

PRESIDIO NUOVO REGINA MARGHERITA
U.O.C. RADIOLOGIA
Direttore: Dott.ssa P. Cerro

SINTESI INFORMATIVA ALLA ESECUZIONE DELL'ESAME DI DEFECORM

Nome e Cognome _____

Nata/o il _____ **Luogo** _____

CHE COS'E'

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

La Risonanza Magnetica di base si configura come 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.

Tuttavia è prudente non effettuare l'esame RM in pazienti di sesso femminile durante il primo trimestre di gravidanza. Viene 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).

A COSA SERVE

L'esame non è doloroso né fastidioso. Il paziente viene sdraiato su un lettino e 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.

COME SI EFFETTUA

Durante l'esame sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchio.

Può essere necessaria la somministrazione di un mezzo di contrasto paramagnetico per via endovenosa.

Raramente possono insorgere disturbi lievi come sensazione di claustrofobia, 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.

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

I pazienti, prima di essere sottoposti all'esame RM, devono compilare un apposito "questionario anamnestico" (di seguito riportato) al fine di escludere ogni possibile controindicazione all'esame stesso. Si raccomanda quanto segue:

- 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),
- togliere eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito,
- togliere lenti a contatto o occhiali,
- spogliarsi ed indossare l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio,
- utilizzare la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti dal personale di servizio.

Si raccomanda di evitare di truccare il viso e di utilizzare la lacca per capelli poichè possono creare artefatti che riducono la qualità delle immagini.

Durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente. Non è necessario interrompere eventuali terapie farmacologiche in corso (ad es. per l'ipertensione o il diabete).

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Il "questionario anamnestico" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame e deve essere attentamente compilato dal paziente o dal tutore legale (ad esempio in caso di minore)

- | | | |
|---|----|----|
| · Ha eseguito in precedenza esami RM? | 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 |
| · E' stato vittima di traumi da esplosioni? | SI | NO |
| · E' in stato di gravidanza certa o presunta? | SI | NO |
| · Ha mai avuto reazioni allergiche dopo mezzo di contrasto? | SI | NO |
| · Ha subito interventi chirurgici su: | SI | NO |
| Testa Addome Collo..... | | |
| Estremità Torace.....Occhi..... Altro..... | | |
| · E' a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo? | SI | NO |
| · E' portatore di: | | |
| - Pace-Maker cardiaco o altri tipi di cateteri cardiaci? | SI | NO |
| - Schegge o frammenti metallici? | SI | NO |
| - Clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello? | SI | NO |
| - Valvole cardiache? | SI | NO |
| - Stents ? | SI | NO |
| - Defibrillatori impiantati? | SI | NO |
| - 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 |
| - Dispositivo intrauterino (IUD)? | SI | NO |
| - Derivazione spinale o ventricolare? | SI | NO |
| - Protesi dentarie fisse o mobili? | SI | NO |
| - Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, etc.), viti, chiodi, filo, etc.? | SI | NO |
| Altre protesi? | SI | NO |
| Localizzazione | | |
| · Ritiene di poter avere protesi/apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON esserne a conoscenza? | SI | NO |

- E' portatore di protesi del cristallino?	SI	NO
- E' portatore di piercing?	SI	NO
Localizzazione		
- Presenta tatuaggi?	SI	NO
Localizzazione.....		
- Sta utilizzando cerotti medicali?	SI	NO

Per effettuare l'esame RM occorre togliere:

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 - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici.

Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

MODULO INFORMATIVO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI SOLUZIONI/GEL o PREPARATI FARMACEUTICI DURANTE UN ESAME DI RISONANZA MAGNETICA

A seconda dell'esame richiesto di Risonanza Magnetica (vedi modulo informativa) è possibile sia necessaria ai fini diagnostici la somministrazione di :

- Soluzioni/gel per via rettale o vaginale (es. nelle defecoRM, studio pavimento pelvico, studio di patologia della cavità uterina e/o vaginale)
- Prodotti farmaceutici per via endovenosa ipotonizzanti(es. Buscopan nello studio della pelvi) o diuretici (es. Lasix nelle uroRM)

CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI SOLUZIONI/GEL O PREPARATI FARMACEUTICI PER VIA EV, IM ORALE O RETTALE

Il/la sottoscritto/a _____ si ritiene sufficientemente informata/o sui rischi legati alla :

- Somministrazione di soluzioni/gel o preparati farmaceutici per via orale
- Somministrazione di soluzioni/gel o preparati farmaceutici per via rettale

Pertanto resa/o edotta/o dal Medico Responsabile dell'esame di _____ dei rischi correlati e del beneficio diagnostico ne acconsente la somministrazione/utilizzazione

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

Informato/a dal Prof./Dott. _____

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente Risonanza Magnetica

Reso/a consapevole:

sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;

della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;
dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto l'indagine proposta

rifiuto l'indagine proposta

Data _____ Firma del Paziente _____

Medico radiologo _____
Eventuale interprete _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI

NO

Data _____ Firma del Paziente _____

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI FINI DELLA PRIVACY

Consenso del paziente al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30 Giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", in vigore il 1o gennaio 2004.

Il paziente autorizza il trattamento dei dati personali forniti in sede di anamnesi al solo scopo di poter verificare da parte del medico responsabile dell'esame diagnostico la presenza di eventuali controindicazioni legate all'esame RM ed alla possibilità di poter somministrare o meno eventuali MDC / sedativi o eseguire particolari procedure di preparazione pre-esame.

Si autorizza altresì, a seguito dell'esame, la conservazione da parte della struttura sanitaria dei questionari utilizzati contenenti i propri dati sensibili, prevista ai sensi del DM 2.8.91, i cui dati non potranno però essere utilizzabili per

scopi diversi da quelli legati ad eventuali verifiche di merito a carattere medico-legale - effettuate anche a distanza di tempo - relative all'espletamento dell'esame stesso.

Data _____

Firma _____

IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME 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

Data

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM
