

## MODULO per ESAME RM (risonanza magnetica)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

residente in (indirizzo) \_\_\_\_\_ civico \_\_\_\_\_

comune \_\_\_\_\_ provincia (\_\_\_\_) telefono \_\_\_\_\_ peso corporeo \_\_\_\_\_ Kg

### 1. Sezione da compilare a cura del Medico Proponente o del Medico di Medicina Generale a integrazione della diagnosi o quesito clinico.

| <b>Controindicazioni assolute all'esecuzione di indagine RM</b>   | <b>sì</b>  | <b>no</b> |
|---|------------|-----------|
| È portatore di pace-maker cardiaco o di altri tipi di catetere cardiaco?  |            |           |
| È portatore di pompa per infusione insulina o altri farmaci?  |            |           |
| È portatore di dispositivi endocorporei ad attivazione magnetica (neurostimolatori, elettrodi cerebrali o subdurali)? |            |           |
| <b>Elementi che possono costituire controindicazioni all'esecuzione</b>   | <b>*sì</b> | <b>no</b> |
| È portatore di valvole cardiache?   |            |           |
| Soffre di claustrofobia?  |            |           |
| È affetto da epilessia?   |            |           |
| Anamnesi clinica _____  |            |           |
| Quesito diagnostico _____   |            |           |
| Eventuali notizie anamnestiche aggiuntive rispetto alle diagnosi o quesito diagnostico _____                          |            |           |
| _____   |            |           |
| _____   |            |           |
| Data __ / __ / ____ Firma del Medico Proponente o del Medico di Medicina Generale _____                               |            |           |

### 2. Scheda da compilare a cura dell'assistito

| <b>Controindicazioni relative all'esecuzione di indagine RM</b>  | <b>*sì</b> | <b>no</b> |
|--|------------|-----------|
| È portatore di schegge o frammenti metallici dovuti a traumi, colpi da arma da fuoco, esplosione o incidenti stradali, salvo il caso di metalli sicuramente amagnetici?  |            |           |
| È portatore di clips metalliche, punti di sutura metallici inseriti in seguito a interventi chirurgici alla testa, al midollo, alla spina dorsale, al cuore, alle arterie e alle vene, salvo il caso di metalli sicuramente amagnetici? (portare attestazione intervento chirurgico) |            |           |
| È portatore di protesi ortopediche metalliche per pregresse fratture, distrattori della colonna vertebrale, protesi dentarie mobili o fisse, protesi oculari, protesi acustiche?   |            |           |
| È portatrice di contraccettivi intrauterini (IUD)?   |            |           |

|   |  |  |
|---|--|--|
| Ha lavorato come tornitore, saldatore, carrozziere, addetto alla lavorazione di vernici metallizzate? |  |  |
| Presenta marcata obesità?   |  |  |
| È in stato di gravidanza?   |  |  |

*\* Nel caso di una o più risposte affermative, l'utente deve contattare al più presto il Servizio che esegue la prestazione per verificare se e come sottoporsi all'esame o a procedimento diagnostico alternativo.*

N.B.: si prega di **fornire documentazione**, se ne è in possesso, di eventuali esami strumentali (RM, TC, eco, RX, scintigrafie, endoscopie), di reperti cito-istologici, di esami di laboratorio e copie di cartelle cliniche.

Il sottoscritto DICHIARA di avere preso visione delle informazioni riportate al paragrafo sottostante.

**Data** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ **Firma dell'assistito/rappresentante legale** \_\_\_\_\_

Da compilare solo in caso di necessità di Rappresentante legale:

|  |
|--|
| Il sottoscritto _____ nato/a a _____ il __ / __ / ____<br>residente in (comune) _____ indirizzo _____<br>in qualità di rappresentante legale di: _____<br>nato/a a _____ il __ / __ / ____ |
|--|

**Data** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**Firma del Medico Radiologo Responsabile dell'esecuzione dell'esame** \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI PER L'ESECUZIONE DELL'ESAME

L'esame di risonanza magnetica (RM) viene effettuato senza l'impiego di raggi X, né di altre radiazioni ionizzanti o di sostanze radioattive. Utilizza campi magnetici di elevata intensità e onde di radiofrequenza simili a quelle delle trasmissioni televisive. L'assistito viene disteso su un lettino e attorno alla parte del corpo da esaminare viene posta una bobina, in pratica un'antenna che trasmette e riceve le radiofrequenze; viene poi introdotto in un largo cilindro all'interno del quale è presente il campo magnetico. Ha quindi inizio l'esame, che dura da 15 a 30 minuti e talvolta anche di più. Durante l'esame si sente un rumore ritmico che dipende dal normale funzionamento dell'apparecchio. L'assistito deve restare immobile e tranquillo: anche il minimo movimento può pregiudicare il risultato finale. L'esame non provoca alcun dolore, ma soltanto una sensazione di calore. Il personale presente durante l'esecuzione dell'indagine sorveglierà sia attraverso un vetro sia tramite una telecamera e potrà parlare e ascoltare mediante un sistema interfonico. L'assistito non deve parlare durante l'esame, se non in caso di necessità o a meno che non gli venga espressamente richiesto, per non compromettere il risultato finale. L'indagine può richiedere la somministrazione in vena di un mezzo di contrasto che evidenzia meglio alcune parti del corpo. Questa sostanza, di norma, non provoca inconvenienti, ma può provocare, seppur raramente, alcune reazioni di tipo allergico. Nei soggetti poco collaboranti vi può essere la necessità di sedazione più o meno profonda.

#### **Prima dell'esame occorre:**

- togliere eventuali lenti a contatto, apparecchi per l'udito, protesi dentarie mobili, busti, parrucche;
- togliere fermagli per capelli, mollette, occhiali, gioielli, carte di credito e ogni tipo di scheda magnetica, monete, chiavi, oggetti metallici;
- togliere ogni indumento dotato di ganci, automatici, bottoni metallici, cerniere lampo, ferretti, punti metallici (come quelli applicati in tintoria);
- asportare accuratamente ogni cosmetico dal volto;
- asportare, se possibile, eventuali tatuaggi contenenti pigmenti metallici (possono provocare irritazione della pelle).

## **MODULO di RILEVAZIONE ANAMNESTICA** **e CONTROINDICAZIONI PER L'USO DEI MEZZI DI CONTRASTO**

Dichiarazione anamnestica, attestante l'esistenza o meno di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione di mezzi di contrasto.

Si certifica che il/la sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**non presenta i seguenti particolari anamnestici:** precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzi di contrasto; altre precedenti reazioni allergiche; presenza di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione di mezzi di contrasto; grave insufficienza epatica, grave insufficienza renale, grave insufficienza cardiaca, paraproteina di Waldenström; mieloma multiplo, diabete. **Non assume:** farmaci biguanidi; interleukine,  $\beta$ -bloccanti.

**presenta i seguenti particolari anamnestici:**

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| precedenti reazioni avverse dopo somministrazione di mezzi di contrasto  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| altre precedenti reazioni allergiche: _____  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| presenza di condizioni patologiche che possano favorire l'insorgenza di reazioni collaterali di tipo medio grave in seguito all'introduzione di mezzi di contrasto | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| grave insufficienza epatica  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| grave insufficienza renale   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| grave insufficienza cardiaca   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| paraproteina di Waldenström  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| mieloma multiplo   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| diabete  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| assume farmaci biguanidi   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| assume interleukine  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| assume $\beta$ -bloccanti  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Eventuali indagini eseguiti: No  Sì  \_\_\_\_\_

Eventuali notizie anamnestiche aggiuntive rispetto alla diagnosi o quesito clinico di cui alla richiesta su modello regionale:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'assistito è stato informato che:

1. all'atto dell'esecuzione dell'indagine, se effettuata con mezzo di contrasto, verrà acquisito il consenso scritto.
2. l'iniezione del mezzo di contrasto va sempre effettuata in condizioni di buona idratazione, per cui le norme relative al digiuno non riguardano l'assunzione di acqua e l'assunzione di terapie abituali.
3. deve fornire documentazione, se ne è in possesso, di eventuali esami strumentali (TC, RM, eco, RX, scintigrafie, endoscopie), di reperti cito-istologici, di esami di laboratorio e copie di cartelle cliniche.

Firma del Medico proponente o del Medico di medicina generale

Data

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma dell'assistito (per presa visione) \_\_\_\_\_